

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1899, à 1 heure.

Par M. AMABLE CRÉTÉ

Né à Oissel (Seine-Inférieure) le 30 août 1875

Interne des asiles de la Seine-Inférieure

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LA

Paralysie générale de la Femme

ET LA

PARALYSIE GÉNÉRALE CONJUGALE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : } MM. HUTINEL, professeur.
HUMBERT et ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1899, à 1 heure.

Par M. AMABLE CRÉTÉ

Né à Oissel (Seine-Inférieure) le 30 août 1875

Interne des asiles de la Seine-Inférieure

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LA

Paralysie générale de la Femme

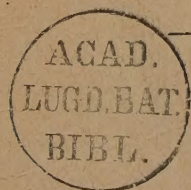
ET LA

PARALYSIE GÉNÉRALE CONJUGALE

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : } MM. HUTINEL, professeur.
HUMBERT et ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine, 45

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DANS LES ASILES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE DE LA FEMME

ET LA

PARALYSIE GÉNÉRALE CONJUGALE

La rareté relative de la paralysie générale chez la femme, notée par les premiers observateurs, ne paraît plus pouvoir être admise actuellement. On peut d'ailleurs se demander si cette rareté était réelle ou si ce n'est pas à une précision plus grande du diagnostic qu'il faut rattacher cette égalité qui tend à s'établir entre le nombre des paralytiques que l'on rencontre dans les deux sexes. Le nombre des paralytiques généraux est assez considérable à l'asile Saint-Yon et, ainsi qu'on le verra, a augmenté sensiblement dans ces dernières années. Nous relèverons dans ce travail les considérations auxquelles peuvent donner lieu les observations que nous en possédons.

I. — FRÉQUENCE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ LA FEMME

La maladie fut en effet donnée comme très rare chez la femme par Esquirol, elle fut même niée en 1857 par Neumann (1).

Krafft-Ebing (2), en 1877 donnait comme rapports 8 hommes pour 1 femme paralytique. Schule dans la 1^{re} édition de son *Traité élémentaire*, admet le chiffre de 1 femme pour 7,5 hommes et en 1886 dans une autre édition de son *Traité* celui de 1 femme pour 7 hommes.

Les chiffres donnés par les auteurs dans ces dernières années indiquent en général une augmentation réelle de la paralysie générale chez la femme.

Siemerling (3) note que de 1880 à 1885 tandis que l'augmentation de la population féminine à Berlin a été de 3,6 p. 0/0, et l'augmentation des aliénés de 9 p. 0/0 celles des paralysies générales (femmes) a été de 11,6 p. 0/0.

1. Lehrb. d. P., 1859, p. 635.

2. *Arch. f. Psych.* Band VII, 1877.

3. Charité. *Annales* XII.

Idanow (1) qui en 1894 a réuni les statistiques de la plupart des états de l'Europe et a opéré sur un chiffre de 104.284 aliénés de toutes sortes, a trouvé comme rapport moyen 1 femme pour 3,09 hommes et pour la France en particulier 1 pour 2,40.

Wollenberg (2) en 1894 trouve les chiffres de 1 pour 3,5 hommes, constate une augmentation de la paralysie générale par rapport aux autres psychoses.

Ashby-Elkins (3) en notant l'extension de la paralysie générale chez la femme, surtout des classes inférieurs donne : 1 femme pour 2,72 hommes.

Greidenberg d'après les statistiques de 12 ans de l'asile de Symféropol constate que la paralysie générale augmente rapidement en Tauride mais plus rapidement encore chez la femme; il trouve 2 hommes pour 1 femme.

Krafft-Ebing (4), comparant avec sa statistique de 1877 trouve en 1895, 1 femme pour 2,40 à 3,49 hommes.

Il donne (5) dans le tableau suivant l'augmentation progressive de la paralysie générale de 1873 à 1892. D'une date à l'autre sur 100 malades reçues, le nombre des paralytiques généraux s'est accru :

A Berlin de.	8 à 17,5
A Vienne de.	4,4 à 10

1. De la paralysie générale chez la femme, *Ann. Médico-Psych* 1894, p. 401.

2. *Arch. f. Psych. und Nerveus*, 1894, XXVI, 2, page 472.

3. *The Lancet*, 16 juin 1894.

4. Jarh, *f. Psych.* vol. XIII, 1895, page 127.

5. Krafft-Ebing. *Progress. Paralys. Traité de Nothnager* tome IX, d'après Jvenson.

A Munich de. 8,5 à 11,2

Pesth de. 4,5 à 7,5

Kundt (1) dans une statistique englobant vingt années constate que le chiffre des entrées de femmes paralytiques générales s'est élevé de 5,2 p. 0/0 à 9,3 p. 0/0.

Pour Lewald (2) le rapport du nombre d'hommes paralytiques généraux ou celui des femmes paralytiques générales qui était autrefois de 8 pour 1 est aujourd'hui de trois hommes pour une femme (1897).

Van Dewenter (3) trouve 82 hommes pour 18 femmes ou 4,55 hommes pour 1 femme (1898).

O. Muller (4) dans la statistique de l'asile de Gabersee (Bavière) pour une période de 1883 à 1897, portant sur 1158 aliénés trouve 122 paralytiques généraux dont 45 femmes, ce qui fait une moyenne de 1 femme pour 1,7 hommes.

Mendel (5) dit que les cas de paralysie générale sont chaque jour plus nombreux chez la femme, la paralysie générale conjugale augmente et chez les enfants, les filles sont aussi souvent atteintes que les garçons.

Hladik (6), dans la statistique de l'asile de Dobray (Bohême) trouve comme rapport: une femme pour trois hommes, Kræplin dit que la paralysie générale est trois à cinq fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

1. *Allg. Zeitsch. 8. Psych.* tome L. I. page 258.

2. *Zeitschrift für Medizin.* XIII, 1897.

3. *Psychiatrisches und Neurol-Bladen.* I. 1899.

4. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* g. t. LIV. f. 61. p. 1047.

5. *Neurol. Centralb.* 15 nov. 98. p. 1035.

6. *Casopsis ceskych lekaru,* 1898, c. 29.

Frey Svenson donne dans un travail récent, la statistique de la paralysie générale pour la Suède. Dans la période de 1860 à 1880, il indiquait 182 paralytiques, 11 hommes et 20 femmes, pour les hommes et 0,6 pour 100 pour les femmes, soit 5 pour 100 du nombre total des aliénés. Dans la période de 1880 à 1896, il compte 13.404 aliénés : 6.994 hommes et 6.410 femmes dont 577 paralytiques sur lesquels 493 hommes et 84 femmes soit 1 paralytique pour 14 aliénés hommes, 1 paralytique pour 76 femmes soit un pourcentage 7 pour 100 et 1, 3 pour 100.

Il y a donc une augmentation relative de la paralysie générale pour les deux sexes mais le chiffre des paralysies générales femmes a plus que doublé.

La proportion relative des paralysies générales par rapport aux autres aliénés est moitié moins grande en Suède qu'en Allemagne.

Des recherches faites *d'après les statistiques de l'asile Saint-Yon*, il résulte que pour une période de sept années de 1892 à 1899, il est entré 116 paralytiques générales ce qui fait une moyenne de 16,5 malades par année. Dans la statistique de M. le Dr Nicoulau nous trouvons pour une période de dix années de 1882 à 1892, un total de 128 entrées ce qui fait une moyenne de 12,8 d'où il résulte une augmentation de 3,7 entrées par an dans ces sept dernières années.

1. *Psychiatrische Wochenschrift*, 1^{re} année, n° 13, 1899.

II. — AGE DU DÉBUT

On a remarqué d'après des statistiques récentes que l'âge moyen présentait un certain abaissement dans ces dernières années ; en comparant d'après Idanow (1) les statistiques par âges, données par les auteurs par périodes de 10 ans, nous trouvons comme chiffre total pour cent les nombres suivants :

De 20 à 30 ans.	9.9
De 30 à 40 —	40.0
De 40 à 50 —	36.6
De 50 à 60 —	11.3
Au dessus de 60.	1.8

Nos chiffres seront les suivants :

De 20 à 30 —	12.7
De 30 à 40 —	41.8
De 40 à 50 —	29.9
De 50 à 60 —	9.9
Au de là de 60.	7.2

Il y a une augmentation appréciable pour les paralysies générales plus précoces et une diminution relative

1. Idanow. *La paralysie-générale chez la femme. Annales Médico-Psych.* 1891, page 454.

ve portant surtout sur la période de 40 à 50 ans, il est à remarquer que nous avons compté l'âge non pas à partir du début réel de la maladie, début toujours difficile à fixer d'une façon tant soit peu exacte, mais à partir de l'internement de la malade.

Vollenberg a observé un abaissement analogue de l'âge de 1877 à 1891 et il l'exprime dans le tableau suivant :

Périodes	de 20 à 30	de 31 à 45	de 46 à 60
1877-1881	6,7	72,1	21,1
1881-1886	11,1	67,4	21,4
1887-1891	12,3	66,2	21,4

Il y aurait donc une augmentation de près du double pour les paralysies générales précoces, augmentation qui ne peut évidemment pas être due à des diagnostics plus exacts.

Beaucoup d'auteurs, surtout parmi les anciens, ont voulu attribuer une importance particulière à *l'âge de la ménopause* comme cause prédisposante, voire même efficiente de la paralysie générale. Jung avance que la paralysie générale chez la femme est une maladie de la ménopause régulière ou prématurée. Siemerling, Eickholt etc., refusent tout rôle important à la ménopause, et c'est à cette conclusion que les auteurs français paraissent actuellement se rallier.

Pour notre part nous ne sommes pas en mesure de donner des chiffres exacts mais pour les paralysies générales actuellement présentes à l'asile nous pou-

vons dire que chez le plus grand nombre, les règles ont disparu. Dans une de nos observations (obs. I) nous avons noté au début de la paralysie générale une métrorrhagie grave (avortement ?) suivie de disparition des règles.

Nous étudierons plus longuement la paralysie générale tardive dans un chapitre spécial.

III. — ETUDE CLINIQUE

1° *Forme démente.* — Les malades que nous avons observées nous ont présenté pour ainsi dire toutes les formes possibles de la paralysie générale et nous devons dire immédiatement que nous n'avons pas eu à relever en dehors de quelques cas particuliers sur lesquels nous reviendrons, de caractères cliniques spéciaux à la paralysie générale de la femme.

Nous ne pouvons que nous borner à noter les points les plus saillants de nos observations et à établir les fréquences relatives de tel symptôme ou de telle marche de la maladie (1).

Certains auteurs des plus autorisés pensent que la paralysie générale semble actuellement offrir certaines transformations et n'être pas absolument comparable à la paralysie générale d'autrefois. Récemment le professeur Mendel (2) a pu intituler une de ses communications : « Quels changements a subi la symptomatologie de la paralysie générale dans

1. En raison même de leur banalité nous croyons peu utile de rapporter in-extenso un certain nombre de nos observations qui n'ont d'autre valeur que celle de documents statistiques.

2. *Neurol. Central.* 1898, XXII.

les 10 dernières années ». Les formes expansives deviendraient moins fréquentes et la forme démente simple au contraire se rencontrerait plus souvent. Cette transformation « serait-elle en rapport avec une dégénérescence plus marquée ? » Chez la femme en particulier, on a en général admis que cette forme démente était infiniment plus fréquente que chez l'homme. Mais avant d'entamer ce sujet il faut pour ainsi dire poser la question préjudicielle, car à l'inverse de la plupart des auteurs plusieurs aliénistes ont nié l'existence même de la forme purement démente de la paralysie générale.

M. Christian (1), en particulier, s'exprime de la façon suivante : « Je suis étonné d'entendre parler comme d'une chose habituelle de paralysie générale sans délire : pour moi je ne crois pas avoir rencontré de paralysie générale qui n'ait présenté ce symptôme » ; dans la même discussion M. Vallon « s'étonnait par contre d'entendre affirmer que le délire est habituel et constant dans la paralysie générale le tiers des paralytiques généraux observés par lui présentant la forme démente sans délire ». Il explique la rareté apparente de la paralysie générale sans délire par le fait que beaucoup de ces malades ne sont jamais internés. C'est cette dernière opinion qui paraît le plus classiquement admise.

Wollenberg donne un intéressant tableau comparatif des différentes formes de la paralysie générale au point

1. *Société Médico-Psychol. Annales Med. Psychol.* 1898, septembre.

de vue qui nous occupe ici et il accorde à la forme démentielle de beaucoup la première place. Sur 125 cas aux différents âges, il trouve au total pour cent : 22 formes expansives, 8 dépressives, 9 hallucinatoires, 7 mixtes et 54 démentiellles.

Sur nos 55 observations, nous croyons pouvoir en faire rentrer dans la forme démente 26 environ. Ce ne serait même peut-être là qu'un minimum car nous avons placé dans les autres séries les malades qui ne nous ont pas semblé purement démentes ou qui ont présenté, ne fut ce que passagèrement, en dehors même de l'asile et d'après des renseignements plus ou moins bien contrôlables quelques troubles délirants proprement dits. Nous pourrions citer immédiatement à titre d'exemple l'une de ces observations d'ailleurs, intéressante à plusieurs points de vue.

OBSERVATION I

Syphilis (?) Démence progressive, apathique, paralysie de forme spasmodique, attaques apoplectiformes, troubles vaso-moteurs : Dermographisme. Métorrhagie.

L... Louise, 31 ans, sans domicile. Entrée le 29 octobre 1816.

Elle a été trouvée nue dans la forêt, et amenée à l'asile. D'après des renseignements postérieurs elle se prostituait, s'enivrait et s'était déjà promenée nue dans la rue.

A l'entrée, on constate un effondrement de la base du nez paraissant attribuable à une lésion syphilitique.

Elle a du périonyxis avec chute des ongles. Le col de l'utérus dur présente une ulcération rapidement cicatrisée avec un traitement local. Ecoulement vaginal.

La malade a un air niais, béat. Elle a de l'embarras de la parole, la lecture et l'écriture sont défectueuses et caractéristiques de la paralysie générale. Ses pupilles sont larges, la gauche plus dilatée que la droite, et présentent le signe d'Argyle Robertson. Il y a du tremblement de la face, de la langue et des mains. Les réflexes sont très forts. La sensibilité existe.

La malade sort le 28 décembre 1896 en demi-rémission et est ramenée le 1^{er} avril 1897 dans un état de démence apathique plus avancée.

Quelques jours après elle est prise subitement d'une métrorrhagie formidable à la suite de laquelle elle est restée affaiblie mais s'est remise assez rapidement. Les recherches les plus attentives dans les caillots recueillis ne décèlèrent aucun débris embryonnaire.

Le 4 novembre 98. — La malade a une attaque apoplectiforme avec hémiplégie. Elle ne parle plus. Démarche tout à fait raide.

Réflexes exagérés surtout à droite.

Pupilles dilatées immobiles. Tremblement énorme de la face. Maladresse, elle peut marcher un peu mais soutenue.

Roideur généralisée. Herpès de la face.

Depuis elle reste alalique, avec dilatation pupillaire et rigidité généralisée.

12 mars 99. — Seconde attaque apoplectiforme avec quelques secousses dans le côté droit de la face. Réflexes très exagérés des deux côtés. Clonys du pied même spontané et à simple soulèvement du pied.

Réflexe plantaire plus marqué à gauche. Raideur généralisée.

La sensibilité à la douleur persiste, la malade retire les membres sous les piqûres. Pouls 80.

Le lendemain on constate que la malade présente un degré assez notable de dermographisme, les piqûres d'épingle n'apparaissent qu'au bout de 5 minutes sous forme d'une petite saillie papilleuse nettement perceptible au toucher et disparaissant peu à peu en 5 minutes.

On constate de plus un trouble vaso-moteur très particulier au niveau de l'épaule droite ; en ce point existe un large placard blanc (comme si la peau était complètement anémiée), placard délimité par une ligne de congestion onduleuse ou auréole très irrégulière mais absolument nette.

Cette ligne naissant au niveau du cuir chevelu longe les apophyses épineuses en dehors desquelles elle est située puis passé au-dessous de l'épine de l'omoplate pour se relever ensuite et venir se perdre au niveau de l'acromion ; on constate à ce niveau le même dermographisme que dans le reste de l'étendue du corps. Sur l'avant-bras droit existe un placard blanchâtre analogue mais moins bien marqué. Le bras droit est légèrement parésié ; le réflexe tendineux y est plus marqué qu'aux autres membres ; l'état de la malade est d'ailleurs le même que la veille.

Dans les jours suivants le dermographisme a persisté pour disparaître peu à peu. Les troubles vaso-moteurs du cou persistent toujours.

La malade est ensuite tantôt dans la stupeur et tantôt elle parle d'une façon incohérente.

Etat actuel. — Les troubles vaso-moteurs caractérisés par le placard décoloré déjà décrit existent encore identiquement mais le dermographisme a disparu complètement.

La malade est calme, apathique poussant de temps en temps des cris inarticulés, pleurant et riant tour à tour, elle est dans un état de démence avancée et de gâtisme. Elle a du tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, des se-

cousses fibrillaires et fasciculaires des bras et des mains. Les pupilles sont dilatées considérablement et ne réagissent pas à la lumière. La parole est très tremblante et très embarrassée et consiste en une suite de sons incohérents. Les mouvements sont ataxo-spasmodiques. La marche se fait avec raideur et il existe une parésie généralisée. Les réflexes rotuliens sont très exagérés surtout à droite. Le réflexe plantaire se traduit à droite par une légère flexion des orteils suivie de relèvement du pied ; à gauche il est presque nul.

La sensibilité existe.

Le cœur est un peu rapide et les bruits sont bien frappés.

La malade n'est plus réglée.

Cette observation nous paraît répondre à la forme démente ; la malade il est vrai présentait un certain aspect niais et béat, mais elle n'en a pas moins été purement démente dès le début. Nous pourrions citer comme exemple de démence d'emblée une malade qui nous a été amenée très peu de temps après le début de l'affection et qui malheureusement fut retirée de l'asile avant que le diagnostic de paralysie générale put être formellement établi. Malgré le doute qui peut rester dans l'esprit, nous croyons pouvoir la donner comme telle, en nous appuyant surtout sur certains signes physiques qui nous ont permis sinon d'affirmer, du moins de présenter la paralysie générale.

OBSERVATION II

Syphilis très probable, début aigu, précoce, affaiblissement intellectuel, apathie ; symptômes spasmodiques spinaux.

Femme Q..., Marie-Anne ménagère.

Entrée le 23 février 1899 à l'asile Saint-Yon à l'âge de 25 ans, sortie le 9 avril 1899. Père mort d'anévrysme, mère bien portante, 2 frères morts en bas âge, 2 frères et 2-sœurs bien portants.

Mariée en 1894. — *A eu 2 fausses couches de 7 mois, les 2 enfants macérés.*

A été toujours bien portante sauf quelques douleurs rhumatismales (?) dès l'enfance, la maladie aurait débuté très subitement 8 jours avant son entrée à l'hôpital du Havre où elle est restée.

A la suite d'une discussion avec son mari elle serait tombée d'une façon subite dans un état d'apathie profonde. Ne mangeait ni ne dormait, gâtait. Tenait des propos incohérents, riait sans discontinuer, les yeux hagards, restait parfois comme en extase, les mains levées en l'air ; elle aurait eu quelques secousses dans la face (?) ; pas d'attaques, pas de vertiges, pas de troubles de la vue, mais elle butait en marchant et tombait comme si les jambes lui manquaient.

A son entrée elle a un aspect tout à fait apathique, sans expression, répond souvent d'une façon inexacte aux interrogations sur les dates ; elle dit bien son âge, elle sait qu'elle est à l'hôpital, s'y trouve bien, prétend aussi qu'elle se porte bien mais tout cela est dit d'une façon tout à fait apathique sans la moindre idée de satisfaction. Elle est calme, ne présente aucun délire.

Son intelligence paraît assez affaiblie, elle fait souvent des erreurs dans les additions simples et refuse de faire une opération tant soit peu compliquée, son écriture n'est pas manifestement tremblée mais irrégulière ; des lettres sont oubliées et ce qu'elle écrit sous la dictée est complètement incompréhensible. La lecture est extrêmement défectueuse et elle ne se rappelle qu'incomplètement ce qu'elle vient de lire.

La parole est un peu nasonnante et la malade prononce assez mal les mots difficiles sans qu'il y ait cependant d'accroc bien net.

Examen physique. — La face est asymétrique, les traits sont un peu abaissés à droite et légèrement tirés à gauche, mais les mouvements se font symétriquement (Légère paralysie faciale droite) ?

Les réflexes tendineux sont tous très forts.

Il existe une ébauche de tremblement épileptoïde très net qui se produit spontanément simplement en élevant le membre.

Ce tremblement a paru suivant les examens tantôt un peu plus marqué à droite qu'à gauche.

Réflexe plantaire : à gauche la malade relève sous le pied, à droite fléchit d'abord les orteils, puis relève sous le pied.

La malade traîne un peu la jambe gauche qui est raide. En dehors de cela pas de trouble manifeste de la marche. Pas de signe de Romberg.

La pression de la main gauche est notablement plus faible que la droite. Il n'y a pas trace de maladresse ni d'incoordination. Léger tremblement de la langue et des doigts.

Pas de trouble de la sensibilité.

Les pupilles sont égales. La réaction lumineuse n'a pu être examinée complètement en raison de la résistance de la malade.

Rien du côté des organes.

Pouls : 76, bon.

On ne constate aucune cicatrice cutanée mais seulement quelques taches de pityriasis, au niveau de la ceinture.

La malade est restée identiquement dans le même état jusqu'à sa sortie qui a eu lieu sur la demande de sa famille 1 mois et demi, après son entrée.

Traitement suivi : iodure de potassium.

Sortie, le 9 avril 1899.

La forme démente paraît pouvoir se présenter sous différents aspects, elle peut être plus ou moins rapide mais il semblerait qu'en général elle ait une marche relativement lente. Cependant, parmi nos observations, il n'en est pas qui aient présenté une durée particulièrement longue. Notre plus ancienne malade de cette catégorie est à l'asile depuis 3 ans et 5 mois et est donnée comme malade depuis 3 mois avant son entrée.

2^o *Formes délirantes.* — Les formes délirantes que nous avons observées ne se prêtent pas à des considérations bien particulières, nous noterons seulement les faits suivants :

Dans 9 cas l'*agitation maniaque* prédomina en particulier au début de la maladie, le *délire hypochondriaque* dans sa forme bien accentuée, caractéristique ne se rencontre parmi nos malades qu'assez peu fréquemment ; il a été cependant assez accentué dans l'un des cas pour qu'on ait été sur le point de nourrir la malade à la sonde (Obs. 3).

OBSERVATION III

Forme anxieuse, hypochondrie, négation.

Femme B..., 54 ans, née à Rouen et y habitant. Débitante.
Entrée le 5 avril 1899.

La malade n'a pas eu d'enfants, elle n'est plus réglée.

Il y a deux ans la malade a cessé d'y voir pendant quelques mois. Elle avait des habitudes alcooliques et buvait en arrière de son mari.

Depuis deux ans la malade était remuante.

Depuis 8 jours elle est déprimée, reste couchée. Elle croit qu'elle va mourir et elle en a peur, elle a des préoccupations continuelles. Il y a quelques jours, elle s'est coupée volontairement au poignet et s'est faite une plaie superficielle.

A l'entrée, les certificats de MM. les Drs Giraud et Trénel mentionnent un état de dépression mélancolique avec idées d'indignité et d'hypochondrie, elle est préoccupée, l'intelligence est affaiblie, les pupilles sont contractées et inégales il existe du tremblement de la langue.

Un examen d'urines fait le 11 avril par M. Lailler pharmacien en chef de l'asile, montre la présence de deux gomme de glycose et de 0 gr. 17 centigr. d'albumine par litre ainsi qu'un léger excès de phosphate. Au mois de mai la malade présente de l'affaiblissement intellectuel, le myosis persiste, elle a une certaine instabilité choréiforme. On a une certaine peine pour l'alimenter. La résistance de la malade ne permet pas de constater l'existence des réflexes.

Elle a des idées de négation très marquées, elle n'a plus de gorge, plus de bras, plus de langue et elle ne réagit nullement aux piqûres sauf peut être-parfois quand on la surprend.

La malade a émis à différentes reprises des idées telles que celles-ci : elle sera toujours malheureuse, elle souffrira toujours, etc...

Elat actuel. — La malade est un peu hébélée, garde le mutisme absolu, poussant un gémissement de temps en temps et faisant des gestes inconscients.

Elle paraît anxieuse, résiste à tout mais est en même temps très inconsciente, refuse de manger, se déchire, se déshabille, souille ses mains continuellement avec ses excréments. Elle est très gâteuse. Insomnie la nuit.

Elle est très amaigrie et elle a tous les soirs de l'œdème des jambes, de la diarrhée fréquemment.

En marchant, elle traîne la jambe droite.

Elle a du myosis des deux yeux, plus marqué à gauche, les pupilles réagissent faiblement à l'accommodation et nullement à la lumière. Elle a du tremblement léger des mains, et refuse de montrer sa langue.

Le réflexe rotulien est un peu exagéré, surtout à droite.

Le réflexe plantaire et les réflexes des poignets sont nuls.

La sensibilité cutanée est très émoussée.

Les bruits du cœur sont un peu assourdis et le pouls est normal. Othématome double.

De l'avis général les *idées de grandeur* sont moins fréquentes et surtout moins accentuées chez la femme que chez l'homme.

Il n'en est pas moins vrai que l'on peut trouver des cas où ce délire si caractéristique est très développé et très persistant, mais nous ne pouvons en fournir aucune observation caractéristique. Nous noterons l'existence de l'idée de grandeurs bien marquée dans 11 environ de nos observations.

Greppin marque la prédominance des idées de grands dès le début dans 7 cas sur 22, c'est-à-dire dans $\frac{1}{3}$ des cas environ tandis que notre statistique ne nous donnerait qu'environ $\frac{1}{5}$.

On a décrit une *forme circulaire* de la paralysie générale en effet il y a des cas où l'alternance de l'agitation et de la répression est assez régulière pour qu'il y ait même quelquefois une certaine difficulté de diagnostic entre une paralysie générale au début et une folie périodique de forme circulaire quand les signes physiques ne sont pas encore très caractéristiques. Cette difficulté de diagnostic s'est présentée pour nous dans 2 cas (Observation IV). Dans un troisième où la paralysie générale était bien caractérisée il y eut de véritables accès d'agitation périodiques (Observation V).

Dans certains de ces cas on pourrait se demander si l'on n'a pas affaire à la coexistence de deux maladies différentes chez la même malade ; une semblable coexistence est un fait relativement assez rare en médecine mentale et il y a longtemps déjà, M. Magnan, dans une de ses leçons a attiré l'attention sur des cas analogues qui n'ont d'ailleurs pas trait à la paralysie générale. Au point de vue de la fréquence de la forme périodique Wollenberg la trouve dans $\frac{7}{10}$ des cas. Jung n'a pas noté cette forme dans sa statistique. Le chiffre que nous avons trouvé (3 cas sur 53 ou à peu près $\frac{6}{10}$) coïncide bien avec celui donné par Wollenberg.

Magnon et Sérieux pensent « que cette marche particulière des accidents vésaniques paraît le plus souvent liée à l'hérédité morbide ». Cette supposition se réa-

lise pour une de nos malades (obs. Dumouchel) dont la sœur a été internée autrefois à l'asile. D'après les renseignements que nous retrouvons, cette malade à la suite d'un accès d'agitation maniaque considérable qui a duré environ 15 mois, est tombée dans un état de torpeur cérébrale, laquelle n'avait pas complètement disparu au moment de la sortie de la malade 3 ans après son entrée.

OBSERVATION IV

Forme périodique rémission de 1 an.

M..., Jeanne-Louise née à Sordic (Côtes-du-Nord), 40 ans. Habitant le Havre, journalière. Entrée le 31 décembre 1896, pour la première fois.

La malade avait cessé tout travail 2 mois avant son entrée mais depuis quelque temps déjà elle était maladroite et ne savait plus travailler.

Elle manifestait des idées de persécution, l'affaiblissement de la mémoire, elle errait en ville.

Amenée à l'asile Saint-Yon le 31 décembre, les certificats d'admission de M. le docteur Giraud mentionnent : De l'obtusion intellectuelle, de la perte de la mémoire, de l'inconscience, de la satisfaction béate, un peu d'embarras de la parole, du tremblement fibrillaire des muscles de la face, de la langue et des lèvres, les pupilles sont égales, mais peu sensibles à la lumière.

On note une légère asymétrie faciale, de l'adhérence des lobules de l'oreille, de la carie dentaire, des varicès des jambes et au cou qui est un peu pigmenté, quelques taches de dépigmentation sans caractère spécifique net.

A l'Asile, la malade se déshabille, elle n'a aucune conscience de son état, et l'affaiblissement intellectuel augmente. Pendant 3 ou 4 mois à partir du mois de mars 1897 elle a tous les deux jours, à peu près régulièrement, une période d'agitation pendant laquelle elle est anxieuse, désordonnée, sans la moindre raison. Un autre jour, elle est calme, insouciante et toujours sans lucidité, ne s'occupant pas.

Au mois d'octobre 1897 elle est calme, s'occupe un peu de temps en temps, elle a de petits vertiges.

Le 5 janvier 1898. — Elle sort en rémission incomplète.

Chez elle, elle est dans le même état, jusqu'au moment où elle est alors transférée de nouveau à l'asile Saint-Yon le 13 janvier 1899.

A l'entrée les certificats de M. le Dr Giraud constatent un affaiblissement intellectuel considérable, de la satisfaction d'elle-même, quelques idées de richesses et de grandeurs, de l'embarras de la parole qui est traînante et de l'incertitude des mouvements des membres.

Elle reste ensuite calme, inoccupée, indifférente et voici son état actuel.

Le faciès est apathique, hébété. La mémoire est très affaiblie. Elle n'a pas d'idées de grandeurs, ni d'hallucinations.

La lecture et l'écriture très défectueuses sont caractéristiques.

L'écriture est caractéristique.

Mme M... est très gâteuse. Sa parole est lente, embarrassée, traînante avec des accrocs.

On note du tremblement à la face, celui-ci est considérable, ataxique à la langue, notable aux mains.

La démarche est lente, et ne présente pas d'incoordination de même que dans les mouvements commandés des membres supérieurs.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, ceux des poignets le sont un peu aussi. Il existe quelques secousses dans les jambes.

Le réflexe plantaire est faible et se traduit seulement par du relèvement des orteils.

Les pupilles sont inégales, la droite, plus dilatée que la gauche : elles ne réagissent pas à la lumière ni à la convergence.

Au cœur, il existe une légère accentuation du deuxième bruit à la base, le pouls est à 70.

La sensibilité est très obtuse.

OBSERVATION V

Forme périodique, hallucinations.

Demoiselle D... Laure 33 ans, repasseuse, entrée le 8 octobre 1896.

La malade a eu une sœur internée à l'asile en 1885 pour accidents maniaques suivis d'une période de dépression et est sortie après un séjour de 3 ans.

Le début de la maladie paraît remonter à 3 mois, elle a été soignée à l'hôpital du Havre où elle manifestait des idées de persécution, paraissant avoir des hallucinations de la vue, parfois elle s'agitait, criait, pleurait, riait. Elle aurait eu des idées de grandeurs.

A son entrée, les certificats de M. le Dr Giraud constatent de la paralysie générale caractérisée par un état général de dépression et d'apathie, un affaiblissement de la mémoire, de l'intégralité pupillaire (la pupille gauche étant contractée) tremblement fibrillaire des muscles de la face, de la langue. Elle paraît avoir des hallucinations de l'ouïe.

Les jours suivants on trouve la mémoire très affaiblie.

Elle a quelques idées hypochondriaques.

Elle a l'aspect souffreteux, apathique, elle ne fait rien.

L'écriture et la lecture sont défectueuses.

A la parole on ne constate pas d'accroc très net.

Depuis son entrée la malade a présenté des alternatives de dépression profonde, presque de stupeur avec mutisme absolu et de légère excitation dans lesquelles elle était remuante, gesticulait, en proie à des hallucinations manifestes de l'ouïe, ces alternatives se succédaient plus ou moins régulièrement et présentaient respectivement une durée de plusieurs semaines. Cette malade a eu en mars 1898 de la gingivite hémorrhagique avec pétéchies des membres inférieurs, ces symptômes ont disparu au bout d'un mois. La malade est actuellement tout à fait démentè et apathique, ne parlant pas, souriant quand on l'interroge, indifférente. Elle est très gâteuse.

La pupille droite est plus dilatée que la gauche toutes deux sont immobiles.

La langue est tremblante et déviée à droite.

Il existe du tremblement fibrillaire marqué des mains.

Le réflexe rotulien est un peu exagéré à droite seulement.

Le réflexe plantaire est nul. Le réflexe des poignets paraît nul. Les pieds sont froids, cyanosés.

La sensibilité est très obtuse.

Les bruits cardiaques sont normaux.

III. — FORME HALLUCINATOIRE

On sait qu'on a prétendu que les hallucinations étaient rares et même absentes dans la paralysie générale. Cette opinion n'est plus admise aujourd'hui ; il semble même qu'au contraire les hallucinations soient fréquentes mais que dans la plupart des cas, elles revêtent le caractère de variabilité, de fugacité que possèdent tant de symptômes de la paralysie générale. Cette question a été complètement étudiée par M. Baruk, (1) il démontre que dans certains cas, les hallucinations des différents sens viennent au premier rang des symptômes de la paralysie générale et cela pendant tout le cours de la maladie. Il cite en particulier une remarquable observation de M. Sérieux. Une de nos malades a présenté pendant tout le cours de sa maladie des hallucinations de tous les sens, et qui, ajoutées à la marche irrégulière de l'affection, ne laissèrent pas de rendre ardu le diagnostic : l'affection avait débuté par une atrophie optique et la malade devenue complètement aveugle et presque complètement sourde présenta successivement des hallucinations

1. Baruk. *Hallucinations dans la paralysie générale*. Thèse Paris, 1895.

mouvantes de la vue, des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et du goût.

OBSERVATION XVIII

Surdité progressive, atrophie optique, nystagmus, hallucinations de tous les sens, abolition presque complète du réflexe rotulien gauche, hémiatrophie linguale, troubles de la parole, affaiblissement intellectuel, mort par cachexie.

L..., 36 ans.

Début par une surdité progressive qui est actuellement plus marquée à droite qu'à gauche.

Amaurose progressive ayant débuté à l'œil gauche il y a deux ans et complète actuellement et due à une atrophie optique simple suivant les renseignements de M. le Dr Rocher de l'hôpital Forbras.

Depuis son entrée à l'hospice des Aveugles elle s'est toujours montrée très déprimée, mais depuis deux mois seulement on a constaté un trouble mental véritable.

Le 20 septembre dernier elle a été prise d'une crise hallucinatoire avec anxiété très intense, s'est jetée sur les personnes de l'entourage, a tenté de se précipiter par une fenêtre. Elle voyait des individus qui la menaçaient.

A son entrée la malade est calme mais extrêmement hallucinée. Les hallucinations de la vue prédominent de beaucoup, ces hallucinations sont mobiles, mouvantes, changeantes, elles voit des quantités d'hommes habillés en ouvriers qui massacrent des chats par milliers, des multitudes de gens, des soldats qui entrent et sortent des maisons et vont de tous les côtés, 3 femmes habillées de robes de couleur qui diminuent tout à coup de grandeur, une multitude de têtes serrées l'une contre l'autre et qui se confondent,

têtes coiffées de bonnets rouges. Elle voit une lampe allumée. Elle entend les personnages hallucinatoires parler, mais ils sont trop loin pour distinguer ce qu'ils disent.

Les hallucinations sont extrêmement précises, elle décrit la couleur des vêtements, croit voir les personnages se coucher et tomber par terre et quand on lui donne l'ordre de toucher ces personnages, elle fait 5 ou 6 pas, se baisse et est tout étonnée de ne rencontrer que le sol. Elle tend la main pour saisir une lampe. A certains moments, elle déclare que tous ces personnages sont en noir ; à d'autres, qu'ils sont en vêtements de couleur.

Elle voit qu'on verse de la poudre dans ses aliments, aussi refuse-t-elle la nourriture.

La parole est lente, sans accroc, mais elle prononce la fin des mots d'une façon tremblotante et roule les *r* d'une façon particulière. Tremblement de la face, de la langue, des mains. Nous remarquons des secousses fibrillaires très marquées de la houppe du menton. Le côté droit de la langue est plus mince que le gauche. Le réflexe rotulien gauche est presque nul, le droit est fort. Les réflexes du poignet sont forts. La marche est correcte ; il n'y a pas d'incoordination des membres supérieurs. Les réflexes plantaires sont normaux. La sensibilité à la douleur est intacte, la sensibilité thermique aussi.

Pupilles dilatées, immobiles. Tympan un peu concave avec persistance du reflet lumineux.

Goût et odorat intacts. Urines normales.

Rapidement la malade passe à un état d'anxiété permanent. Parfois elle a des périodes de mutisme et elle refuse la nourriture. Le pouls est habituellement rapide (120°) et paradoxal, le 2° bruit du cœur est légèrement dédoublé à la base (Examen de décembre).

Au mois de janvier 1897 on constate dans la marche une certaine tendance à tomber à gauche et un léger strabisme divergent.

Février. — Amaigrissement progressif, on constate que la commissure droite est déviée.

Mars. — Réflexe rotulien gauche nul, le droit s'affaiblit. La marche est devenue progressivement parétique, la malade embarrasse ses pieds l'un dans l'autre. La malade très hallucinée cache sa figure sous les couvertures.

Elle devient de plus en plus raide, poulx toujours très rapide (100). Elle reste toujours très hallucinée, habituellement dans le mutisme, il arrive cependant qu'elle se met à parler avec valubilité décrivant par exemple avec force détail une des places de Paris paraissant alors s'adresser à un interlocuteurs invisible.

Mai. — On constate de l'œdème des jambes et il existe de l'albumine dans les urines (0 gr. 15 par litre). Parfois fièvre le soir.

Depuis quelque temps la malade a toujours de la tendance à aller vers la droite et semble souvent sur le point de tomber en arrière. Interrogée à ce sujet elle dit qu'elle se sent tirer en arrière. La percussion du tendon rotulien ne donne plus lieu à droite qu'à une légère contraction du triceps. A gauche elle est presque nulle mais perceptible encore. La percussion du vaste externe est suivie de contraction à droite cette contraction est extrêmement faible à gauche.

Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont forts, il n'y existe aucune incoordination. Tous les autres symptômes physiques sont les mêmes. On constate de la tuberculose du sommet droit. Les doigts sont hippocratiques.

Mort le 22 mai 1897.

Autopsie : Adhérences méningées, généralisées, profondes.

Epaississement et opalescence de la pie-mère. Atrophie des nerfs optiques. Absence d'athérome. Granulations ventriculaires. Reins pâles et volumineux. Foie gras.

OBSERVATION XIX

Hallucinations, rémission incomplète de 4 mois.

C... Maria, 39 ans. Entrée pour la première fois le 24 février 1898, née à Valenciennes; habite Elbeuf depuis douze ans. Mal réglée. Vivait maritalement depuis douze ans.

La malade a présenté des signes d'aliénation trois semaines environ avant son entrée. Elle tenait des propos incohérents volait, se disait riche, voulait s'enfuir continuellement, mangeait gloutonnement. Elle est amenée à Saint-Yon.

Les certificats de vingt-quatre heures de M. le docteur Giraud et de quinzaine de M. le docteur Trénel, mentionnent des idées extravagantes de richesses et de grandeurs, de l'affaiblissement intellectuel, du tremblement fibrillaire de la face et de la langue, un léger embarras de la parole, ses pupilles sont égales.

A l'asile, la malade est assez calme, s'occupe et de temps en temps elle peut sortir en congé pour quelques jours. Elle sort définitivement le 23 septembre 1898 légèrement améliorée.

Vers le 20 janvier 1899 elle est prise d'accidents nouveaux refusant de manger et mettant des idées de négation. Elle est réintégrée le 30 janvier.

Les certificats d'entrée de M. le docteur Giraud, mentionnent un état voisin de la stupeur.

Le malade ne répond pas et résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire.

Au milieu de son état de stupeur elle paraît être sous l'influence d'hallucinations auditives extrêmement intenses, car elle reste des heures entières dans l'immobilité, la tête entre les mains, se bouchant les oreilles à la façon des grandes hallucinées ; on ne peut avoir aucune indication, la malade ne répondant pas.

Etat actuel. — A toutes les questions qu'on lui pose elle répond : non, d'une façon systématique, elle paraît avoir peur et ne veut aucune explication.

La commissure gauche des lèvres est un peu relevée. La malade a des idées de négation, elle prétend ne pas avoir d'oreilles, ni d'yeux, ni de bouche, ni de langue ; elle prétend même ne rien être. Elle ne veut pas lire ni écrire. Elle est très gâteuse.

Les pupilles sont inégales, la gauche étant plus dilatée que la droite, elles réagissent très lentement. La parole est très lente, et la malade parle très peu et à voix basse. Les réflexes rotuliens et du poignet paraissent abolis, la malade résiste à l'examen.

Une autre malade avait des hallucinations de la sensibilité générale (elle prétendait avoir le diable dans le ventre.) Une troisième est actuellement dans un état de stupeur avec hallucinations de l'ouïe intenses.

Une dernière alcoolique avait encore à son entrée des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

IV. — SYMPTOMES SPINAUX

Sauf trois exceptions nos malades présentent toutes la forme spasmodique plus ou moins accentuée. Chez deux des malades en question, nous n'avons pu déterminer par quels symptômes aurait débuté réellement l'affection. Dans l'autre observation les symptômes mentaux en tous cas n'auraient daté que de 6 mois avant l'entrée et auraient été dès le début bien caractéristiques de la paralysie générale. Actuellement, cette malade devenue complètement grabataire, présente une arthropathie de la hanche droite.

Puisque nous sommes sur le chapitre du tabès nous noterons que depuis 3 ans 1/2, il n'a été observé sur nos 1200 malades que 2 tabétiques avec troubles mentaux, chez l'une d'elles atteinte d'amaurose, le délire (de forme systématisée chronique) s'accompagnait d'une intégrité intellectuelle absolue et quoique l'autopsie n'ait pas été faite, on peut affirmer cliniquement que le délire immuable depuis des années n'avait aucun des caractères de la paralysie générale; idées de persécution systématisées, hallucinations sensorielles stéréotypées, dans l'autre cas, les troubles mentaux ont pu prêter au doute mais à l'autopsie les lésions macros-

copiques du moins permettaient d'éliminer la paralysie générale.

Une de nos malades (obs. Godard) a de l'abolition uni-latérale du réflexe rotulien ; et cet état persiste depuis plus de 3 ans.

Les formes spinales spasmodiques ont présenté toutes les variations d'intensité depuis la simple exagération des réflexes jusqu'au grand état spasmodique avec impossibilité de la marche et mouvements saccadés. Rarement cet état très spasmodique a rétrocedé, ce fut cependant le cas d'une malade (obs. Bourdon) entrée enceinte et accouchée à l'asile et qui dans les premiers temps de son séjour présentait le degré le plus exagéré de cet état. Actuellement tout en conservant les réflexes assez brusques, l'intensité de cet état spasmodique n'est pas à comparer avec ce qu'elle était au début il y a 5 ans. ~~A ce propos~~ il y a lieu de se mettre en garde contre une erreur possible de diagnostic entre la paralysie générale et la paralysie spinale spasmodique syphilitique. Celle-ci peut s'accompagner de troubles mentaux qui donneraient le change, s'ils n'étaient justiciables comme les troubles spinaux eux-mêmes de la médication spécifique.

Une des malades de l'asile étiquetée paralysie générale chez laquelle le traitement ioduré fut institué surtout parce que les symptômes médullaires s'accompagnaient de douleurs rachidiennes attribuables à une méningo-myélite spécifique, sortit guérie à tous points de vue.

Une autre malade (obs. II) fut retirée de l'asile avant

que le traitement pierre de touche pût nous éclairer sur la nature exacte de la maladie qui paraissait bien être une paralysie générale.

OBSERVATION XX

Agitation. Arthropathie.

Eugénie, 41 ans, née à Saint-Etienne-du-Rouvray. Entrée le 20 mars 1898.

Antécédents héréditaires nuls.

Elle a eu 5 enfants dont 4 sont vivants et pas de fausses couches.

La malade qui avait toujours été très laborieuse a abandonné son travail il y a 6 mois et à la suite elle a eu de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, de l'affaiblissement intellectuel, du tremblement fibrillaire, des idées de richesses et de grandeurs, puis, depuis 8 jours avant l'entrée, elle est agitée.

A l'entrée, les certificats de MM. les docteurs Giraud et Trénel constatent de l'incohérence de l'excitation, de l'affaiblissement intellectuel, des idées de grandeurs et de satisfaction, de l'embarras de la parole, du tremblement fibrillaire; la pupille gauche « est beaucoup plus dilatée que la droite. Elle « est affectée de paralysie générale.

La malade reste ensuite dans un état d'agitation maniaque continuelle.

Etat actuel, elle est agitée. On note de la carie dentaire; les oreilles sont un peu allongées verticalement. Il existe sur la face interne du bras gauche et à la partie moyenne du dos plusieurs petites cicatrices blanches au centre et pig-

mentées sur le pourtour il existe aussi une longue cicatrice analogue au coude droit.

Début d'escharre du sacrum et érythème pudique.

La raie méningitique apparaît assez vite, moins d'une minute après le tracé et dure encore un quart d'heure après.

Arthropathie tabétique de la cuisse droite, il y a du gonflement de l'articulation coxo-fémorale et du raccourcissement du membre. La malade a des idées de satisfaction énorme et répète d'une façon maniaque caractéristique tout ce qu'on lui demande. Elle est gâteuse.

Dilatation pupillaire bi-latérale, la pupille gauche étant plus dilatée que la droite.

Embarras de la parole énorme.

Le réflexe rotulien est nul à droite et très faible à gauche. Le réflexe plantaire se traduit par une légère flexion des orteils suivie de relèvement.

Le réflexe abdominal est normal.

La sensibilité est nulle si ce n'est à la face et à la plante des pieds.

Au cœur on constate à gauche un léger souffle intermittent.

OBSERVATION XXI

Forme maniaque, abolition unilatérale du réflexe rotulien.

Femme G..., 53 ans, née près de Rouen, ménagère.

Entrée le 11 mars 1896.

Elle a eu un fils âgé de 23 ans. Elle serait malade depuis 3 semaines et aurait causé du scandale.

A l'entrée, elle a des idées très prononcées de richesses, elle est très satisfaite, elle a la mémoire très affaiblie.

La lecture est très défectueuse. Il existe du tremblement léger de la face et de la langue, pas d'embarras de la parole. Les pupilles sont égales et réagissent, mais la gauche moins bien. Le réflexe rotulien est fort à gauche et paraît nul à droite, le réflexe plantaire est bon. La sensibilité existe. Dans la suite, la malade est remuante. dans un état d'excitation, et examinée à différentes reprises elle présente toujours de l'ablation du réflexe rotulien droit.

En 1898. — Légère amélioration, la malade cesse d'être agitée et gâteuse. Actuellement elle est apathique, inoccupée, gâteuse, par moments ; elle présente du tremblement fibrillaire de la face, la langue et la main droite. La pupille droite est plus dilatée que la gauche, le réflexe lumineux est faible. Le réflexe rotulien droit est nul ainsi que le réflexe plantaire. La parole est lente, avec des accrocs. La sensibilité existe. Au cœur léger souffle au premier temps à la base.

V. — ATTAQUES PARALYTIQUES

ATTAQUES APOPLECTIFORMES

ET ÉPILEPTIFORMES

Les attaques paralytiques caractérisées se sont rencontrées dans les circonstances les plus diverses et à toutes les époques de la maladie, au total chez 13 malades c'est-à-dire dans plus du $\frac{1}{4}$ des cas. Greppin a trouvé 10 fois des attaques sur 26 malades, ce qui donne un pourcentage bien plus considérable. Nous pensons d'ailleurs que notre chiffre n'est qu'approximatif et certainement au-dessous de la vérité.

Comme particularité nous noterons qu'une de nos malades après une attaque apoplectiforme fut surprise en train de se ronger la main ; quand elle fut sortie de l'état semi-comateux où elle se trouvait on put constater une hémianesthésie absolue qui disparut au bout de quelques jours. Trois malades sont mortes en état de mal avec élévation de température, une autre présente depuis sa seconde entrée des attaques apoplectiformes extrêmement fréquentes et qu'on a notées presque toutes les semaines.

VI. — RÉMISSIONS

M. Marandon de Montyel (1) a décrit sous le nom de paralysie générale regressive les cas dans lesquels une paralysie générale avérée guérirait complètement par *l'évolution naturelle du mal*. La guérison peut être définitive, la rechute se reproduire chaque fois suivie tantôt de guérison tantôt de passage à la forme vulgaire. Un des malades de M. Montyel serait actuellement guéri d'une huitième atteinte de pseudo-paralysie générale. La dénomination proposée par M. de Montyel (2) serait com- pour désigner certains faits de guérison qui sont discutés. Plusieurs autres auteurs ont d'ailleurs décrit des cas analogues. Exemple : ceux que citent Magnan et Sérieux, et qui ont trait à des paralytiques hommes. Nous ne sommes en mesure de donner aucune observation se rapprochant de celles-ci, nous nous bornons à analyser rapidement les observations de quelques-unes de nos malades ayant présenté des rémissions, rémissions qui n'ont jamais été que courtes et incomplètes.

1. *Gazette hebdomadaire*, 1897, n° 97.

2. page 108.

La statistique de Greppin pour 26 paralytiques générales femmes donne 2 cas de rémission. Sur 52 cas nous trouvons un chiffre un peu supérieur (6). Nous sommes cependant loin des 33 p. 0/0 indiqués par Jung.

Le temps de rémission a été de 2 mois, 4 mois, 3 mois, 1 an, 2 ans et 3 ans 1/2. Pour les 4 premières malades on ne pouvait, à vrai dire, les considérer que comme légèrement améliorées. Pour la dernière un doute peut rester sur la nature de la rémission, on peut se demander si les troubles mentaux qui ont déterminé le premier internement marquaient le début réel de la paralysie générale ou bien étaient un des ces troubles plus ou moins passagers que l'on rencontrerait parfois dans les antécédents des paralysies générales qui ne seraient chez eux qu'une indication de la tare mentale préexistante; mais les lacunes de l'observation ne permettent pas de conclure d'une façon ferme à ce sujet; nous remarquerons cependant que la malade a pu se marier dans l'intervalle. Notons encore que la marche de la malade a été extrêmement lente depuis son entrée à l'asile.

La malade que nous comptons comme ayant présenté une rémission de 2 ans se prête à des observations analogues. A sa première entrée, elle fut considérée comme atteinte de vésanie simple, il paraît plus probable qu'elle n'était qu'au début d'une paralysie générale à marche lente.

Dans le même chapitre nous donnerons une observation de paralysie générale prolongée.

OBSERVATION XXII

Rémission de 3 ans 1/2 de durée. Paralyse générale à marche lente. Attaques apoplectiformes.

D... femme T..., 39 ans. Domestique. Entrée le 7 nov. 1893.
A eu paraît-il des attaques d'hystérie.

A la suite de chagrins, elle devient triste, entre à l'hôpital du Havre en septembre 1893 et de là à l'asile Saint-Yon où elle est déprimée, l'intelligence et la mémoire sont affaiblies elle garde le mutisme, est incapable de la moindre occupation ; fait des difficultés pour manger.

L'état s'améliore ensuite malgré une rechute passagère, et elle sort le 4 janvier 1895.

Elle reste déprimée ne s'occupe pas, mais demande plusieurs fois des nouvelles de son enfant.

29 janvier 1899. — Elle a eu ce matin subitement une crise convulsive généralisée. Elle a la respiration stertoreuse, le pouls rapide, de la placidité généralisée, du nystagmus inconstant. Les réflexes sont forts aux quatre membres. Lavement salé.

30 janvier. — Un peu plus éveillée. Elle a devant nous une série de secousses dans le bras droit.

Après sa sortie, elle voyage, se marie, elle erre, vit de mendicité, sans domicile, et, le 10 juin 1898, elle est trouvée sur un banc au Havre, avec son enfant, l'air souffreteux, indifférente, et jetant des regards effarés sur les passants, elle est recueillie par la police et conduite à l'hôpital et de là à l'asile où elle entre le 25 juin.

Etat actuel. — La malade n'a pas d'idées de persécution, ni de grandeurs. Elle s'occupe assez bien. La mémoire est en partie conservée et l'état physique est assez bon.

La pupille gauche est contractée, la droite est déformée, tirée en bas, mais il y a en ce point une taie. Il existe du tremblement fibrillaire des lèvres, de la langue et des doigts.

On constate de l'embarras pas trop prononcé de la parole.

Les réflexes rotuliens paraissent un peu forts.

Les réflexes plantaires sont abolis.

Les réflexes du poignet un peu plus marqués, à droite sont un peu forts.

La sensibilité paraît normale.

Au cœur léger souffle au 1^{er} temps à la base, et quelques secousses au membre inférieur droit.

Les jours suivants l'état s'améliore, les réflexes restent exagérés et la malade peut se relever.

OBSERVATION XXIII

Paralysie générale prolongée, 18 ans, attaques épileptiformes.

Femme G..., native du Tarn, entrée à 28 ans, le 22 février 1879.

Décédée le 6 octobre 1897.

Serait tombée malade, un mois avant son entrée à l'asile à la suite de grands chagrins.

Revers de fortune; départ de son mari, perte de son enfant.

A l'hôpital du Havre où elle entre d'abord en état de dépression avec agitation nocturne, elle est gâteuse.

A son entrée le diagnostic est : Démence paralytique avec obtusion intellectuelle profonde, embarras de la prononciation.

Dans les mois suivants, la malade présente des idées de

satisfaction niaises et paraît éprouver un besoin perpétuel de mouvement, danse et marche des heures entières.

Dans la suite elle se montre désordonnée et violente, brise des vitres se déchire.

En 1880. — Délire mégalomaniacque caractérisé. L'embarras de la parole est de plus en plus prononcé.

En 1885. — Attaques épileptiformes avec parésie consécutive.

Depuis elle reste dans un état de démence profonde.

A l'époque où nous l'observons en 1896.

Elle est réduite à une vie végétative.

La parole est extrêmement embarrassée. La malade répète d'une façon peu compréhensible toujours la même phrase sans aucun sens.

Assez calme le jour elle crie la nuit, déchire ses draps.

Les pupilles sont égales ; il n'y a aucun tremblement de la face ni des mains. Les réflexes tendineux sont bien accentués sans être véritablement exagérés.

La malade présente un enfoncement très marqué de la racine du nez, rappelant le faciès spécifique, elle n'a aucune cicatrice spécifique.

Depuis quelques mois elle a de l'ozène qui n'a pas été influencé par un traitement ioduré prolongé.

Elle ne paraît comprendre rien de ce qu'on lui dit ; elle résiste énergiquement à tout essai d'examen et à tous les soins qu'on prend d'elle.

En 1897 son existence est tout à fait végétative se cachectisant peu à peu et à la suite d'attaques congestives elle meurt le 6 octobre 1897.

Autopsie. — Le 7 octobre. — On constate que la pie-mère est adhérente à la substance corticale sur les lobes frontaux et pariétaux ; et un aspect chagriné des ventricules.

IV. — PARALYSIE GÉNÉRALE TARDIVE

Si on ne tenait compte que de la notion de l'âge, par opposition avec la paralysie générale précoce on peut décrire une paralysie générale tardive, en effet la paralysie générale n'est pas comme on l'a cru longtemps une propriété de l'âge adulte.

Cette notion de l'âge moyen a une importance assez grande pour que Ziehem (1), la donne comme un élément de définition de la paralysie générale, et dès ses premières lignes il écrit : « La paralysie générale est une psychose organique chronique de l'*âge moyen de la vie...* ».

Il montre d'ailleurs les difficultés de diagnostic que présentent les cas rares de paralysie générale tardive qui se confondent insensiblement avec les formes précoces de la démence sénile aussi bien au point de vue du syndrome clinique qu'au point de vue des lésions anatomiques ».

On peut considérer comme tardives ou séniles les paralysies générales qui débute après 55 ou 60 ans. Les cas en sont relativement rares jusqu'ici aussi bien d'ailleurs chez la femme que chez l'homme, mais il est

1. *Psychiatrie*, 1894, pages 413 et 438.

probable que comme pour la paralysie générale précoce une observation plus attentive en permettra, grâce à des diagnostics plus fréquents, une description plus précise et peut-être la création d'une forme de la paralysie générale assez bien déterminée.

Le fait a d'ailleurs une importance plus grande qu'une simple dénomination nouvelle. Le diagnostic peut en être difficile surtout chez un observateur non prévenu et qui peut avoir une tendance assez naturelle d'ailleurs à attribuer à la démence simple les troubles psychiques survenant chez le vieillard.

Pour plus de précision nous rappellerons ici les proportions dans lesquelles la paralysie générale tardive a été notée chez la femme par les différents auteurs : Idanow (1) en 1894 après avoir réuni les statistiques de Krafft-Ebing, Greppin, Jung, Kellner, Siemerling, Peeters, les siennes et 70 cas provenant d'asiles français, en tout 857 cas, a trouvé de 50 à 60 ans 97 cas et au-dessus de 60 ans, 16 cas.

D'après les statistiques du bureau d'admission de Sainte-Anne, de 1886 à 1892 sur 814 femmes entrées comme Paralytiques Générales on en trouve 5 ayant plus de 60 ans et 1 ayant plus de 70 ans (2).

On trouve dans la littérature un certain nombre de cas qui se rapportent à la Paralysie Générale tardive. Parmi les auteurs classiques Kraep-

1. Idanow. *La paralysie générale chez la femme. Annales méd. psych.* 1894, tableaux.

2. Magnan et Sérieux. *La Paralysie Générale*, page 158.

lin revient à différentes reprises sur la fréquence assez grande de la paralysie générale tardive chez la femme en particulier, fréquence qui d'après lui serait en voie de notable augmentation par rapport à la paralysie générale débutant à l'âge moyen de la vie. Il s'exprime au sujet des difficultés de diagnostic que peut présenter alors la paralysie générale de la façon suivante (1) : « Il faut remarquer que dans les « psychoses d'involution apparaît souvent une certaine « faiblesse intellectuelle spécialement au début de la « soixantaine, époque à laquelle la paralysie générale « commence certainement encore assez souvent chez « la femme. D'après mes observations il me semble que « le diagnostic ne peut pas être établi ici uniquement « sur les troubles psychiques ; nous devons nous ap- « puyer surtout sur les résultats de l'examen physique. « Parmi ces signes, l'immobilité pupillaire est l'un des « plus précieux quand tout autre trouble bien marqué « manque encore. D'un autre côté, la rapide amélio- « ration d'un état d'abattement, le passage subit de « cet état à un état d'exubérance, d'agitation ou de « gaieté ainsi que l'apparition soudaine de certaines « idées de grandeurs doivent être très suspects, mais « cependant, il faut penser alors à la possibilité du « développement d'une folie circulaire à l'âge d'invo- « lution.

« En faveur de ce dernier diagnostic parleraient d'une « façon très affirmative des états antérieurs de dépres-

1. Kraepelin. *Psychiatrie*, 1896, page 545.

« sion ou d'excitation à la puberté ainsi que l'absence
« de faiblesse intellectuelle ».

Nous avons lu certaines observations de démence sénile d'après lesquelles, si l'on n'avait tenu compte que des délires, on n'aurait pas hésité à porter le diagnostic de paralysie générale tant ces délires étaient typiques,

Les difficultés de diagnostic se sont présentées pour nous dans certains des cas dont les observations seront données ici.

OBSERVATION VI

Femme G..., 60 ans. Entrée le 4 septembre 1896.

Environ six mois avant son entrée, la malade aurait eu plusieurs attaques sur la nature desquelles nous n'avons pas de renseignements et qui auraient laissé à leur suite un état de parésie généralisée. Depuis elle perdait la mémoire, errait sans but : dans la nuit du 24 septembre dernier, elle a quitté sa maison et on l'a retrouvée égarée dans les champs. Elle faisait des actes déraisonnables, se promenant dans les greniers avec une chandelle allumée, voulait entrer chez le voisin avec sa clef, etc. Elle a eu 13 enfants, dont 2 seulement sont vivants. A partir du sixième, tous sont morts en bas-âge. Elle attribue leur faiblesse congénitale à ce fait que son mari était phthisique vers cette époque. Elle-même n'a jamais été malade. A son entrée elle se montrait incohérente dans ses propos, larmoyante, résistant à l'examen, ne manifestant pas d'idées délirantes, mais seulement un profond affaiblissement intellectuel avec absence de toute conscience de son état. Sans être, à proprement parler, agitée elle va

et vient sans but. Sa démarche présente un caractère particulier. La malade court poussée en avant comme dans la paralysie agitante. L'examen des réflexes rotuliens ne donne pas de résultat exact en raison de la résistance opposée. Il y a des troubles marqués de la parole, accroc, roulement, et surtout du bégaiement. Les mots difficiles sont prononcés d'une façon caractéristique. La voix est enrouée, bitonale (un examen ultérieur m'a démontré une paralysie de la corde vocale gauche). La sensibilité est intacte, les papilles sont égales mais réagissent mal à la lumière. La malade s'exprime d'une façon paraphasique mais il n'y a pas d'aphasie vraie, pas d'aphasie sensorielle en particulier.

L'état reste stationnaire pendant plusieurs semaines ; la malade est instable et d'une sensiblerie souvent larmoyante. Les troubles du langage présentent toujours le même caractère paraphasique mais sans aphasie caractérisée, autant que permet de l'apprécier l'affaiblissement intellectuel de la malade. Et comme elle est absolument illettrée l'examen ne peut être complet : on peut constater seulement qu'elle reconnaît les chiffres, seuls signes qu'elle connaisse ; les objets sont bien dénommés et les phrases répétées correctement, avec quelques changements de forme paraphasique. La parole est lente, embarrassée avec des achoppements, et souvent les finales des mots un peu longs sont balbutiées avec une sorte de tremblement ou de vibration. La langue est déviée à gauche, elle est projetée en avant par des secousses (mouvements de trombone) et présente en outre, ainsi que la face, du tremblement fibrillaire. Les pupilles sont égales mais paresseuses. Le réflexe rotulien gauche est nul, le droit est exagéré. Les réflexes des poignets sont forts.

L'état général périclité peu à peu ; et la malade s'amaigrit, devient grabataire. Dans les derniers jours de décembre se

développe progressivement une parésie gauché. Le pied gauche ne peut être levé que difficilement au-dessus du plan du lit, et les mouvements de l'épaule sont douloureux et limités.

La malade ne peut porter un verre à sa bouche avec la main gauche, mouvements qu'elle exécute bien à droite.

La pupille droite est un peu plus grande que la gauche ; le réflexe lumineux est presque nul des deux côtés.

La malade ne peut plus parler, elle bredouille les mots et bégaye, elle accomplit bien les ordres.

Elle tire difficilement la langue qui n'est pas déviée ; celle-ci est animée de tremblements fibrillaires ainsi que la face et les membres exécutant des mouvements volontaires. Les mouvements de la main gauche sont presque incoordonnés. Le réflexe rotulien est nul à gauche, à droite il se traduit par une légère contraction du triceps sans mouvements du membre.

Le réflexe plantaire est bon, celui des membres supérieurs existe, le réflexe masséterin aussi.

Au mois de janvier, la malade a un début d'escarre fessière, elle est dans l'alalie, elle accomplit les ordres simples, et répond aux rares questions qu'elle comprend, les premières syllabes de ses réponses sont seules compréhensibles ; elle reconnaît bien les objets et les montre si on les lui demande.

Elle mange lentement, sans dysphagie vraie, mais elle avale mieux les aliments demi-solides que les liquides.

Les réflexes sont difficiles à obtenir. Le membre supérieur gauche est raide, les mouvements de l'épaule surtout sont fasciculaires, difficiles ; il existe dans ce membre des secousses irrégulières et parfois une ébauche de tremblement épileptoïde du poignet. Les mêmes secousses existent mais

moins accentuées à droite. Elles augmentent dans les mouvements volontaires.

Le réflexe idio-musculaire est exagéré aux membres inférieurs. Le réflexe abdominal existe ; il est impossible de faire tirer la langue. Le réflexe plantaire existe.

La sensibilité est obtuse.

La malade a de la dyspnée (30 inspirations par minute).

Le pouls est à 104 pulsations, il existe des râles dans la poitrine et rien au cœur. Le nez est pincé.

Janvier. — Quelques jours après. La malade geint, se défend. Le bras gauche est raide. Faciès abdominal, traits tirés, immobiles. Les réflexes sont difficiles à obtenir ; le réflexe plantaire est fort. La réaction pupillaire à l'accommodation nulle. La pupille gauche est plus petite que la droite et aplatie latéralement. Il existe de la bronchite, généralisée, des râles fins à la base gauche.

Le pouls est à 130, il n'y a pas d'élévation de la température.

Le malade meurt le 17 janvier 1897.

Autopsie. — On constate une atrophie cérébrale considérable. L'hémisphère droit pèse 450 grammes, le gauche 420 grammes.

La pie-mère est épaissie, œdémateuse ; les artères sont saines, on ne rencontre pas d'opalescences véritables à leur niveau.

La pie-mère adhère profondément partout et on enlève avec elle de gros lambeaux de substance grise. Il existe un léger chagrinage des parois des ventricules latéraux, moins net dans le quatrième ventricule. Rien de spécial à la coupe. La moelle paraît normale.

En plusieurs points il existe des plaques jaunâtres intra-dure-mériennes d'aspect graisseux, de quelques millimètres

de longueur surtout au niveau de la région rolandique supérieure.

Le cœur d'aspect sclérosé est un peu résistant, l'aorte ça et là a un aspect plissé mais il n'y a pas d'athérome vrai.

Le rein gauche d'aspect normal est volumineux, le rein droit porte une tumeur macrokystique de la grosseur d'une mandarine. La rate semble normale, le foie est gros. Il existe de l'emphysème et de la congestion pulmonaire.

OBSERVATION VII

Femme D..., 43 ans entrée le 5 décembre 1895, messagère.

Paraît être malade depuis le mois d'octobre 1895. Est entrée à l'Hospice général de Rouen le 23 octobre 1895. Elle y était bruyante, incohérente, se levait, menaçait de frapper les autres malades. Une nuit, elle a ouvert une fenêtre en criant « au feu, à l'assassin », et voulut se précipiter dans le vide. Elle a deux enfants; à l'entrée, les certificats de M. le Dr Giraud constatent un grand affaiblissement intellectuel, de la difficulté de la parole, du défaut de la mémoire « elle est « très émotive se met à pleurer quand on lui adresse la « parole, et manque de suite dans ses propos ».

La malade, à l'asile, est désorientée, elle va et vient autour des autres malades, elle a des alternatives de rires et de pleurs. Elle passe d'un sujet à un autre sans suite, et manifeste des idées de persécution et de satisfaction. La parole est interrompue à chaque instant par des bredouillements, mais tel mot mal prononcé d'abord l'est bien plus tard et vice versa (comme si il y avait de l'ataxie linguale). La malade se tient mal sur un pied surtout sur le droit et elle hésite en tournant sur elle même. La pression des deux

maines est égale. Elle prétend que sa jambe gauche est plus faible que la droite. Les pupilles sont étroites, très irrégulières, et réagissent très mal à la lumière. La langue est un peu déviée à gauche et animée de tremblements fibrillaires en masse permanents; il existe du tremblement de la face et de l'orbiculaire de l'œil et du tremblement léger des mains. Il ne paraît pas y avoir d'anesthésie.

A l'interrogatoire, la malade répond quelques absurdités, elle a 19 ans puis 60, elle ne sait pas l'année ni depuis combien de temps elle est entrée.

Quand on lui demande de répéter ce qu'elle dit, elle le fait très mal et en écho.

A la lecture, elle lit bien les premières lignes avec des acéros, puis s'arrête aux mots difficiles et fait des néologismes, des transformations.

L'écriture est très tremblée, la malade oublie des lettres et des mots. Elle fait des erreurs dans les calculs les moins compliqués.

Elle montre bien les objets, montre bien ceux qu'on lui demande.

15 janvier 1896.—La malade est agitée et déchire ses habits.

16 janvier. — Elle a de la diarrhée et du refroidissement des extrémités.

Février. — Elle a du vertige sans perte de connaissance.

8 mars. — A la lecture, la malade remplace des mots par d'autres, mais ne se trompe pas en les relisant.

Elle parle d'une façon absolument incohérente, elle fait des acéros et au bout de quelques mots bien prononcés elle a une espèce de vibration de la parole.

La langue est un peu déviée à gauche et tremble peu. La face et les mains sont peu tremblantes. Les pupilles sont étroites, irrégulières et immobiles.

Le réflexe rotulien est plus faible à gauche.

Le réflexe du poignet plus fort à gauche.

Septembre 1896. — Inconscience complète, gâtisme, alolie presque absolue, elle ne fait entendre que des sons à peine compréhensible avec le même bégaiement et roulement dans la parole qu'autrefois et d'une façon explosive. La langue et la face sans expression ont le même tremblement fibrillaire qu'avant.

La marche est impossible, la malade se laisse traîner et s'affaisse ne faisant que quelques mouvements sans vigueur ni direction. Les réflexes sont conservés ; pas d'incoordination des membres supérieurs mais faiblesse musculaire. La sensibilité paraît obtuse.

Il existe un souffle mitral intense prolongé, à la fin du premier bruit, on l'entend dans l'aisselle.

16 octobre. — La malade a plusieurs petites attaques. Le lendemain on constate une raideur généralisée des mouvements passifs, une sorte de tremblement épileptoïde irrégulier, peu persistant des poignets surtout à gauche et quand on les relève. Il est impossible d'obtenir certains réflexes à cause de la raideur.

Le réflexe plantaire est bon. La pupille droite est plus petite que la gauche et irrégulière, elles se contractent incomplètement à la lumière, mais la gauche réagit mieux que la droite. La sensibilité est très obtuse. La face est inerte.

A l'auscultation, on trouve un souffle intense et aigu dans la plus grande partie de la poitrine.

Il n'y a pas de matité.

La malade meurt le 20 octobre 1895.

Autopsie le 22. — L'hémisphère droit pèse 540 gr., l'hémisphère gauche 520 grammes. Il existe des adhérences de la dure-mère au crâne. La pie-mère est très épaissie et l'on rencontre des opalescences au niveau des vaisseaux.

A la décortication, on enlève de véritables lambeaux de substance grise. Les lobes frontaux, pariétaux, temporaux, sont lésés dans la majeure partie de leur étendue. La région insulaire paraît saine. Aux lobes occipitaux la pie-mère épaissie est adhérente.

Il existe des granulations fines et rares dans les ventricules latéraux et rien dans le quatrième ventricule, mais la pie-mère est épaissie et le cervelet est anormalement adhérent aux bords de ce quatrième ventricule. Les artères paraissent saines sauf qu'il existe quelques points jaunâtres presque miliaires à leur surface.

Au poumon qui a une odeur infecte on constate : de la pneumonie grise des deux côtés, des adhérences pleurales, des tubercules anciens du sommet gauche.

Au cœur qui est de couleur de prune, la grande vulve de la mitrale est épaissie.

Les reins sont peu volumineux, la capsule est adhérente et la substance corticale est un peu amincie.

Le foie est gros, volumineux, la rate grosse et dure. Il existe un goître kystique ; la partie antérieure des deux lobes et la pyramide du corps thyroïde sont transformés en kystes alvéolaires durs, résistants, remplis en partie seulement par un liquide clair.

OBSERVATION VIII

Paralysie générale, sénile, agitation.

Femme R..., Elisa, née au Havre, 62 ans.

On n'a pas de renseignements sur le nombre d'enfants qu'elle a eus, elle en a actuellement 5 vivants qui sont mariés. L'hérédité mentale est nulle.

Six ou sept mois avant l'entrée, elle a eu un accès qui a duré deux mois. Elle est reprise au commencement du mois de juin ; elle se promène annonçant son prochain mariage à tout le monde, se montre nue, elle manifeste des idées de grandeurs, voulant fonder un grand établissement et voulant faire des cadeaux à tout le monde.

Entrée le 3 juillet 1898, les certificats de M. le D^r Giraud mentionnent un notable affaiblissement de l'intelligence, des idées extravagantes de richesses et de grandeurs, parle de son habileté, annonce son mariage disant qu'elle a reçu plus de 100 demandes.

A l'asile la malade est un peu agitée, parlant avec volubilité. Elle lit correctement sans accroc, et ne se rappelle pas de quoi il s'agit dans ce qu'elle vient de lire à l'instant.

L'écriture est tremblée, et elle fait des erreurs dans un calcul peu compliqué.

Pas d'embarras de la parole, elle a du tremblement de la langue et des mains. Les réflexes sont normaux. Il existe du myosis double, et les pupilles sont irrégulières et im nobiles. Elle a toujours une très grande satisfaction d'elle-même, des idées de grandeurs très prononcées.

10 juillet. — La malade a toujours des idées de grandeur et de satisfaction.

Elle fait des erreurs dans des opérations peu compliquées.

Elle a un peu de difficulté à prononcer les mots : artilleur d'artillerie mais sans accroc vrai.

Elle a un léger tremblement de la langue, et du tremblement plus marqué des mains.

On constate du myosis. Le réflexe rotulien est un peu fort à droite, normal à gauche.

Au cœur, il existe un dédoublement du premier bruit, le deuxième est claqué.

15 juillet. — La malade s'agite, réclamant sa sortie avec colère et frappant autour d'elle.

Elle reste ensuite dans un état d'agitation à peu près continuelle et toujours avec des idées de grandeurs.

Le 25 avril 1899. — La malade est prise de diarrhée et transférée à l'infirmerie.

17 mai. — La malade est alitée, elle émet toujours des idées de grandeurs et de richesses, elle parle avec volubilité, sa parole est embarrassée avec de nombreux accroc's. Elle a du tremblement de la langue. Les pupilles sont contractées en myosis, elle est atteinte de conjonctivite de l'œil gauche.

Le réflexe rotulien est exagéré, le réflexe du poignet aussi, le réflexe plantaire est normal. La sensibilité est normale.

Au cœur il existe un dédoublement du premier bruit.

L'état général est mauvais, la malade se cachectise peu à peu, elle a de la diarrhée.

Décès le 8 juin 1899.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION IX

Paralysie générale sénile. Attaque épileptiforme.

Femme T., Héroïse, 50 ans, née à Elbeuf et y habitant.

Entrée le 25 novembre 1898.

La malade a deux fils dont un est aveugle.

Son mari est décédé il y a 4 ans à l'asile des Quatre-Mares des suites de ramollissement cérébral (?).

Elle est souvent ivre et depuis quelque temps elle se

perdait dans la rue. Le 12 novembre dernier, elle s'est jetée à la Seine à 8 heures du soir, on l'a conduite à l'hospice d'El-beuf et de là à l'asile Saint-Jean.

A l'entrée les certificats de M. le Dr Giraud constatent un grand affaiblissement intellectuel, de la diminution de la mémoire, elle est aussi affaiblie physiquement, elle est remuante et désordonnée, inconsciente.

Dans les jours suivants, elle ne peut donner que des renseignements vagues et incomplets, elle porte quelques ecchymoses.

Le réflexe rotulien paraît un peu plus marqué que normalement. Les pupilles sont égales et semblent immobiles.

La langue est un peu tremblante ; il n'existe pas de tremblement des mains et d'embarras de la parole. La mémoire est très affaiblie et la malade présente de l'obtusion mentale.

La malade a eu au commencement du mois de février une attaque épileptiforme, à la suite, elle se cachectise et meurt le 25 juin 1899.

Autopsie le 27 juin. — *Encéphale* : l'hémisphère droit pèse 485 grammes, le gauche 480 grammes, le cervelet, le bulbe et la protubérance réunis : 145 grammes.

Il existe des opalescences le long des vaisseaux ; des adhérences à peu près généralisées de la pie-mère qui hoppe presque partout et de place en place elle entraîne de petits fragments de substance cérébrale. Granulations ventriculaires abondantes. Epanchement assez marqué dans les ventricules latéraux.

Poumons. — Congestion des deux bases, emphysème des sommets.

Cœur (270 grammes), mou, rien aux valvules.

Foie (1030 grammes), un peu dur à la coupe.

Rein droit (120 grammes), paraît normal.

Rein gauche (110 grammes), la substance corticale un peu atrophiée.

Rate (70 grammes), petite.

Un autre danger d'erreur fréquente réside dans la tendance qu'on peut avoir à attribuer à une lésion en foyer tel ou tel symptôme transitoirement plus accentué tel qu'une parésie hémiplogique, une parésie faciale, une paralysie laryngée, certains troubles aphasiques, etc., qui peuvent à un premier examen attirer à tort l'attention de l'observateur, c'est notamment ce qui est arrivé dans le cas des malades D., et G., où le diagnostic de démence par lésion en foyer fut posé tout d'abord : dans un cas en raison d'une hémiparésie des membres coexistant avec une voix bitonale, dans l'autre en raison d'une paraphasie des plus marquées et beaucoup plus accentuée qu'il n'est habituel de le constater dans la paralysie générale. Ces doutes furent d'ailleurs levés par un examen plus approfondi.

Binswanger a décrit (1) un mode spécial de démence survenant à l'âge sénile ou pré-sénile et qui serait due à une forme particulière d'atrophie cérébrale qu'il dénomme encéphalite sous-corticale chronique progressive. Cliniquement elle se différencie de la paralysie générale par les lésions partielles de la mémoire, les symptômes de la lésion en foyer, les troubles apha-

1. Binswanger. *Délimitation de la paralysie générale*. *Berliner. Klinisch Wochenschrift* n° 49, 1884 et *Congrès de Moscou*, 1897.

ques variés, il s'y ajoute parfois de l'ambliopie, des attaques, des parésies, de l'excitation. La durée en serait d'une dizaine d'années. Anatomiquement elle se caractérise par l'absence de lésions de l'écorce, une atrophie de la substance blanche prédominant dans le lobe occipital et temporal ; les ventricules y sont très élargis et leur épendyme épaissi vient se mettre directement en rapport avec l'écorce, cette lésion reste limitée à une ou plusieurs circonvolutions ou s'étend simultanément mais inégalement à plusieurs lobes. Dans trois des cas de Binswanger existait une épendymite granuleuse analogue à celle de la paralysie générale. L'affection est due à l'athérome, elle s'observe de 40 à 50 ans surtout mais a été rencontrée aussi dans la démence sénile grave. Chez nos malades âgées on pouvait penser justement en raison des symptômes signalés, à un cas de ce genre.

On s'est demandé à propos de la paralysie générale sénile le rôle que pourrait jouer la syphilis dans l'éclosion si tardive d'une maladie qui appartient à un tout autre âge.

Dans les cas observés par nous, nous n'avons pu savoir rien de précis.

Wollenberg cite un cas qui paraît assez positif : Une femme qui avait eu d'un premier mariage 3 enfants bien portants se remarie à 61 ans et divorce au bout de quelques mois après avoir été infectée de syphilis par son nouveau mari. Trois ans plus tard elle était paralytique générale. — Dans l'hypothèse de l'origine spécifique de la paralysie générale cette affection se déclarerait-elle plus vite chez le vieillard ?

V. — PARALYSIE GÉNÉRALE CONJUGALE

La question de la paralysie générale conjugale, et du tabes conjugal qui lui est connexe, est des plus importantes à tous les points de vue, surtout au point de vue étiologique et mérite certes d'être étudiée à part.

Les premiers faits de ce genre auraient été d'après Evrard (1), décrits par Goldschmidt (2) puis par Ludwig, Acker (3) de 1887 envers la même époque par Zichen (4).

Mendel (5), est revenu à différentes reprises sur la question : à propos d'une communication de Siemerling il déclara avoir observé 5 fois la paralysie générale conjugale (6) Westphal en cita 3 cas.

Dans une nouvelle communication qui complète la précédente faite à la société psychiatrique de Berlin, il a fait connaître 18 cas de paralysie générale, ou tabes conjugal combinés de la façon suivante :

1. Evrard. Thèse de Paris, 1894.

2. Congrès des aliénistes américains de Sératoga, 1885 d'après Morel-Lavallée. Syphilitiques.

3. *Allg. Zeitsch., für Psych.* 1887, tome XVII.

4. *Neurol. b. Centrale.* 1887.

5. Mendel Ally. *Zerstch. f. Psychiat.* XX, 1888.

6. Mendel Ally. *Neurol. Centrale*, 1895, page 335.

2 cas où les 2 époux sont tabétiques.

7 cas où les 2 époux sont paralytiques.

6 cas où l'homme est paralytique et la femme tabétique.

3 cas où l'homme est tabétique et la femme paralytique.

Enfin dans un 3^e travail (1) il en cite un nouveau cas des plus curieux dans lequel un syphilitique meurt de paralysie générale, sa femme infectée par lui se remarie, le second mari tabétique et la femme elle-même à l'époque où Mendel l'observe a de l'inégalité pupillaire et l'abolition complète des réflexes rotuliens sans qu'on puisse poser actuellement le diagnostic certain de tabès ou paralysie générale.

Lurhman (2) a donné deux autres observations.

En France, les premiers cas ont été décrits, par Cullère (3), qui en signale un autre de Belle. Nous en trouvons plusieurs dans la thèse d'Evrard, dans celle d'Ingelrans (5).

Au point de vue de l'étiologie la question de la nature syphilitique de la paralysie générale se pose ici de la façon la plus formelle. Lurhman rappelle le mot d'Erb :

« Il n'y a pas d'observation de tabes conjugal sans syphilis ». Mendel n'est guère moins catégorique dans ses affirmations, cependant il n'a noté la syphilis des

1. *Neurol. Centrale*, 1898, 22.

2. Lurhmann *Neurol. Central.* 1895 pag. 632

3. Cullere, Congrès de Méd. mentale, Rouen 1890,

4. Ingelrans. *Th.* 1896-97.

deux époux que 8 fois la syphilis du mari seul 5 fois (total 13 fois sur 18 cas).

Cullere dit à ce sujet : « Je veux seulement rappeler qu'il importe de se garder des solutions hâtives et qu'en fait de *paralysie générale à deux* la syphilis tout en étant encore l'hypothèse la plus plausible est loin de tout expliquer d'une manière satisfaisante ».

Il ne trouva la syphilis certaine que chez une femme (et non chez le mari de celle-ci), il « s'en tient aux présomptions » sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de ces cas. Ball invoque comme cause possible de la paralysie générale conjugale la similitude des habitudes pour les excès vénériens.

Dans l'un des cas de Siemerling syphilis certaine (le nombre de ses observations n'est pas donné).

Dans les 3 faits de Westphal, la syphilis ne put être affirmée qu'une fois, les deux autres couples étaient dans la misère sociale la plus profonde. Pour les malades de Lurhmann la syphilis est certaine dans 3, et incertaine dans des cas d'Evrard. Il n'y a pas de signes de syphilis chez les tabétiques d'Ingelrans.

	Syphilis des 2 époux	Syphilis du mari	Syphilis de la femme	Total des cas de syphilis	Total des cas
Mendel. . . .	9	5	»	14	19
Cullere. . . .	2 (?)	»	»	2 (?)	2
Westphal. . . .	1	»	»	1	3
Evrard. . . .	3+1 inc.	»	»	4	4
Lukhmann. . . .	2	»	»	2	2
Ingelrans. . . .	»	»	»	0	1
Observat. person.	»	1 (?)	2 (?)	3 (?)	5
Total	18	6	2	26	36

Dans nos quatre cas nous notons une fois deux fausses couches chez la femme. Une fois une syphilis du mari sur laquelle nous n'avons que les renseignements de la famille. Dans un troisième cas la syphilis de la femme est incertaine ; pour les deux autres observations nous ne savons rien au sujet de la syphilis.

En faisant le relevé des 36 cas observés nous trouvons : la syphilis des deux époux dix-huit fois, dans trois de ces cas elle est incertaine, dans un elle est certaine pour la femme et douteuse pour le mari. La syphilis du mari seul six fois dont une incertaine. La syphilis de la femme seule deux fois et ces deux fois incertaines. Au total vingt-sept cas de syphilis qui reste incertaine pour six de ces cas. Il n'a pas été tenu compte dans ce relevé du cas de syphilis noté par Siemerling car l'auteur ne donne pas le nombre de ses observations.

Nous ne tiendrons pas non plus compte dans nos statistiques de l'observation III de bulbe où il s'agit de paralysie générale (avec syphilis) chez la femme et probablement de sclérose en plaques chez le mari.

Mendel établit que dans la règle, l'homme est syphilitique avant la femme et dans le cas de syphilis conjugale, l'homme est presque toujours paralytique général (voir le tableau ci-dessus).

Les cas où la date de la syphilis a pu être établie sont trop peu fréquents pour que l'on puisse actuellement en tirer une conclusion quelconque au sujet du nombre qui s'écoule entre l'infection et le début de la paralysie générale.

Nous renvoyons simplement aux observations originales.

Nous donnerons rapidement le relevé des observations que nous avons pu retrouver et qui sont d'ailleurs souvent fort écourtées.

Cas de Mendel (Neurol. Central 1895, pag. 335).

Le mari mort de paralysie générale 15 ans après son mariage a infecté sa femme dans sa nuit de noces.

La femme présente les premiers symptômes de paralysie générale 14 1/2 après le mariage et meurt 6 ans plus tard.

Mendel. (Neurol. Central, 1895 page 335).

Z..., 51 ans syphilitique marié il y a 23 ans, a 3 enfants bien portants, tabétique depuis 9 ans, a depuis un an de l'excitation, de l'affaiblissement de la mémoire et des idées de grandeurs.

Femme Z... tabétique depuis 5 ans, signe de Westphal, de Robertson, analgésie, douleurs fulgurantes, ataxie.

(Mendel).

St... 41 ans, syphilis depuis 12 ans, depuis 2 ans demeure paralytique.

Femme St... 36 ans infectée par son mari, un avortement. Depuis 5 ans douleurs en ceinture, sensation de tapis, depuis 3 ans incontinence d'urine, myosis, pupilles immobiles.

(Ingebrons. Obs. 9).

Mari tabétique en 1891, femme tabès ayant débuté en 1884 par l'ataxie d'emblée.

(Evrard).

Le mari a communiqué la syphilis à sa femme il y a 17 ans, chez tous deux la paralysie générale débute à 47 ans. (Paralysie générale à forme vulgaire).

(Evrard).

Homme de 44 ans. Paralysie générale ayant évolué en quelques mois.

Sa femme internée à la même époque pour paralysie générale de forme vulgaire présente à ce moment des accidents secondaires spécifiques.

(Evrard)

Homme, syphilis incertaine. Paralysie générale vulgaire.

Femme. Paralysie générale ayant débuté trois ans plus tard avec symptômes tabétiques.

(Evrard)

Syphilis conjugale. Le mari a eu une paralysie générale en 1872, la femme en 1890.

(Luhrmann)

R..., 50 ans, entré en juin 1891, syphilitique, pas d'hérédité, début en 1824 d'une paralysie générale à forme expansive, quelques attaques apoplectiformes, réflexe rotulien exagéré, pupilles égales.

Femme R..., entrée en mai 1892, un accouchement prématuré, un avortement. Myosis, immobilité pupillaire, réflexes exagérés, tremblement, troubles de la parole, anesthésie, démence progressive, mort en juin 1892. A l'autopsie, lésions typiques.

(Luhrmann)

H..., 41 ans, entré en mai 1886. Deux de ses sœurs sont mortes de troubles mentaux, l'une d'elles peut-être de paralysie générale. Immobilité pupillaire, réflexes nuls, troubles de la parole, analgésie, démence profonde, — mort peu après.

Femme H..., sept fausses couches, six enfants morts en bas âge, trois bien portants, en 1888 douleurs fulgurantes, immobilité pupillaire, atrophie, douleurs en ceinture, pas de troubles de la sensibilité. Leucodermie de la nuque gomme de l'apophyse mastoïde.

OBSERVATION X et XI

Mari. Syphilis. Début mélancolique. Entré en 1898.

Femme. Forme expansive. Entrée en 1893.

OBSERVATION VI

G..., Gaston-Alfred, 37 ans, né à Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados). Commerçant, demeurant à Rouen. Entré le 22 janvier 1897 pour la première fois.

Le certificat d'entrée de M. le docteur Delaporte est ainsi conçu : Le sieur G..., est atteint de paralysie générale ; il présente : un affaiblissement notable des facultés intellectuelles et de la mémoire et un embarras de la parole caractéristique, de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue, des lèvres et des muscles de la face les réflexes rotuliens exagérés il a de la syphilis ancienne. Son délire est de forme mélancolique. Il a des idées de culpabilité, il s'accuse d'avoir mal tenu ses livres de commerce, de s'être ruiné et

d'avoir mis ses parents sur la paille et croit qu'on l'a envoyé ici pour le faire mourir.

En mars, il est plus calme et manifeste toujours des idées de ruine et de désespoir, affaiblissement intellectuel.

Il sort le 16 mai sur la demande de sa famille, légèrement amélioré.

Réintégré le 28 juin 1897. Le certificat d'entrée de M. le docteur Delaporte mentionne un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles avec idées de satisfaction, une légère inégalité pupillaire, du tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres et un embarras très marqué de la parole.

A la suite le malade est dans un état d'inconscience complet, d'un caractère difficile.

Au mois d'octobre il a de l'agitation et il sort le 26 décembre 1897 sur la demande de sa famille dans le même état.

Entré pour la troisième fois. 11 jours après sa sortie le malade est toujours dans la même situation. Les certificats d'entrée et de quinzaine de M. le docteur Lallemant constatent qu'il n'y a aucun délire, quelques idées de satisfactions et que le malade est gâteux par intervalles.

Voici l'état actuel du malade. Il a plutôt un air indifférent. Il présente une asymétrie faciale marquée, la moitié gauche de la face est plus développée que la droite.

Les dents de la mâchoire inférieure sont plantées les unes sur les autres et ne se rencontrent pas avec celles de la mâchoire supérieure, elles arrivent en arrière de celles-ci.

Le malade est calme, il ne s'occupe pas. Il ne manifeste pas d'idées de grandeurs, il est simplement satisfait. La mémoire est très affaiblie.

A la lecture le malade saute des mots, des lignes et il lit d'une façon presque incompréhensible.

L'écriture n'est pas très tremblée, mais il manque des syllabes et des mots, il y a aussi des mots doublés.

La pupille droite qui est moyennement dilatée est plus grande que la gauche, celle-ci est contractée et toutes deux ne réagissent pas à la lumière.

Quand on fait tirer la langue au malade, celle-ci est projetée en avant par des secousses successives.

Il a des soubresauts dans les doigts.

La parole est lente, très embarrassée avec des accroc's. En marchant le malade chancelle et traîne la jambe gauche. Le membre supérieur gauche aussi est parésie et pendant, la main gauche peut encore exercer une légère pression. Les réflexes rotuliens sont exagérés et l'on peut faire naître le tremblement épileptoïde dans les jambes par la flexion brusque du pied.

Femme G..., 30 ans, commerçante. Entrée le 28 août 1893.

Le grand-père maternel de la malade s'est suicidé en se jetant sous un train. Sa mère a des accès intermittents tantôt maniaques, tantôt mélancoliques, et elle prévoit ses accès.

La malade qui a toujours eu des migraines, a 9 frères et sœurs de caractères bizarre et mal connus ; elle a eu une petite fille, de 12 ans maintenant, au début de son mariage ; celle-ci elle-même a paru bizarre, lunatique, tantôt accueillant la grand-mère avec laquelle elle vit, tantôt la repoussant.

Un an avant son entrée, la malade faisait de très grandes extravagances ; elle faisait des achats inutiles et absurdes, des oublis très fréquents et avait conscience de l'affaiblissement de sa mémoire. Depuis, elle est descendue nue à son

magasin, fait des entreprises commerciales déraisonnables et est devenue irritable. Elle orne ses appartements d'une façon ridicule et avec un goût déplacé.

A l'entrée. Les certificats de M. le D^r Girard mentionnent de la paralysie générale caractérisée par un notable affaiblissement de l'intelligence, un défaut de mémoire, par un état de trouble et d'excitation avec idées de richesses et de grands projets et par un embarras de la parole sans inégalité pupillaire.

L'agitation persiste jusqu'au mois de janvier 1894 où l'on note un peu de calme, mais il existe toujours le même affaiblissement intellectuel.

Au mois de mai la malade momentanément assez calme montre un peu plus de lucidité et quelques éclairs de mémoire et manifestait encore quelques sentiments affectifs.

La malade a ensuite des périodes d'agitation et d'autres de calme pendant lesquelles elle peut encore coudre puis la démence fait des progrès et la malade devient tout à fait gâteuse.

Depuis l'année 1896 la malade reste en général calme mais tout à fait indifférente allant, venant sans but, l'état physique est bon, les pupilles sont égales et réagissent à la lumière, les réflexes rotuliens sont forts. La malade ne parle presque plus et n'a plus qu'une vie végétative.

En 1898, l'affaiblissement musculaire commence à s'accroître et une certaine rigidité apparaît avec légère exagération des réflexes tendineux.

Au début de cette année la malade a dû être alitée, elle a présenté à cette époque et à différentes reprises des rougeurs diffuses et fugaces de la peau en différents points du corps.

En mars apparaissent des plaques ecchymotiques péri-malléolaires et dans les mois suivants on constate successi-

vément des pétéchies caractéristiques des jambes, des ecchymoses des mains de la gingivite hémorragique, un œdème marqué et étendu des membres inférieurs et supérieurs et un état d'anémie généralisée. Peu à peu la raideur musculaire s'est exagérée et a passé de la simple *flexibilitas cerea* à la rigidité la plus accentuée avec flexion permanente des membres inférieurs et supérieurs, raideur de la nuque hyperexcitabilité idio-musculaire; la percussion des tendons produit un tressautement de tous les muscles même antagonistes du segment de membre correspondant sans déplacement de celui-ci.

On constate des secousses fibrillaires généralisées qui s'exagèrent quand on veut produire les mouvements passifs. La pupille gauche est plus dilatée que la droite, le réflexe lumineux persiste, la sensibilité paraît complètement abolie.

Réflexe plantaire.

Traitement. — Sirop antiscorbutique, régime lacté, etc. L'état physique s'améliore et les ecchymoses tendent à disparaître, la gingivite en particulier est en voie de notable amélioration.

Nous n'avons pas trouvé de traces de syphilis : nous rappelons que celle-ci a été notée dans les antécédents du mari.

OBSERVATIONS XII et XIII

B., alcoolismes forme demente. Rémission. Début en 1898.

Femme B..., deux fausses couches. Femme hypochondriaque, à l'asile depuis 6 mois. Début en 1899.

B..., Arsène né au Havre, chaudronnier. Entré le 23 janvier 1848 à l'Asile de Quatre-Mares.

Le malade avait quitté son travail depuis deux mois. Il avait auparavant des habitudes alcooliques.

Il entre à l'hôpital du Havre où il trouble la salle par ses cris. Il déraisonne, veut s'enfuir. Transféré à l'Asile de Quatre-Mares où les certificats de M. le Dr Lallemant sont ainsi conçus : « B... paraît atteint de paralysie générale caracté-
« risée par de l'affaiblissement intellectuel ; il n'a qu'une
« conscience très imparfaite de sa situation ; pas d'idées de
« satisfaction ni de grandeurs. Embarras de la parole, trem-
« blement de la langue, pas d'inégalité pupillaire. Le cer-
« tificat de quinzaine constate de la débilité mentale qui se
« caractérisait au début par de l'affaïssement des facultés
« intellectuelles sans idées délirantes ; actuellement ce ma-
« lade est très amélioré et l'obnubilation intellectuelle tend
« à disparaître ».

Le malade après s'être rapidement amélioré sort après trois mois de séjour à l'asile considéré comme en rémission.

B., Clémentine, née au Havre. 31 ans, a toujours habité le Havre. Entrée le 2 janvier 1849.

La malade, a eu 2 fausses couches. On ne peut guère avoir de renseignements sur les antécédents.

Elle a été emprisonnée pour un délit sur lequel nous n'avons pas de renseignements. Après un examen médical reconnue aliénée non responsable et transférée à l'asile. Certificat :

A la prison elle ne passe pas un seul jour sans crier, hurler et s'agiter, elle a du tremblement des mains, elle veut toujours rejoindre son mari avec lequel elle est divorcée. La mémoire est affaiblie, elle ne se souvient pas qu'un jugement en divorce a été prononcé contre elle, elle ne se souvient pas le motif de sa détention ni où elle a été arrêtée, elle n'a aucun souci de son existence matérielle.

Les certificats d'entrée de M. le Dr Giraud sont ainsi conçus :

Certificat de 24 heures : « Mme B... paraît avoir été tous les jours débile d'esprit. Elle a le front bas et étroit et la physionomie peu intelligente. Elle ne peut dire pourquoi elle avait été conduite à la prison. Elle dit qu'elle n'a pas été condamnée par le tribunal mais elle ne sait pas de quoi elle était accusée. Elle a quelques idées de grandeur et dit qu'elle possède de belles affaires. Elle a la parole traînante et parfois un peu embarrassée et sa pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite.

Certificat de quinzaine. « Mme B... présente un affaiblissement considérable de l'intelligence et n'a pas conscience d'avoir quitté le Havre. Elle demande à aller rejoindre son mari et quand on lui fait observer qu'elle est divorcée, elle répond qu'elle n'en savait rien. Elle a la parole traînante et embarrassée ».

A l'asile la malade se tient toujours seule à l'écart, indifférente à ce qui se passe autour d'elle, incapable de la moindre occupation.

Voici son état actuel. La face est rouge, il existe une asymétrie faciale et du grincement de dents presque continu. La malade est calme, pleure quand on veut l'examiner et elle manifeste quelques idées hypochondriaques (elle ne va pas à la selle).

A la lecture, qui est défectueuse, elle saute des lignes et remplace des mots par d'autres.

Elle se refuse à écrire. La mémoire est diminuée, la malade ne sait pas où elle est et elle parfois gâteuse.

La pupille gauche est un peu irrégulière et plus grande que la droite. Elles ne réagissent pas à la lumière. Il existe du tremblement notable de la langue seulement, ainsi que

du tremblement épileptoïde spontané et provoqué de la jambe droite seule.

La parole est lente, nasillarde et un peu sourde.

En marchant la malade traîne un peu la jambe droite.

Le signe de Romberg fait défaut et on ne note pas d'incoordination.

Le réflexe rotulien est un peu exagérée à droite ainsi que les réflexes plantaires et du poignet du même côté.

Les bruits du cœur sont normaux. Il n'existe pas de cicatrices sur le corps de la malade ; elle est toujours réglée mais irrégulièrement.

OBSERVATIONS XIV et XV

B..., forme hypochondriaque. Début 1895.

Femme B..., forme hypochondriaque, hallucinations.

Marche rapide. Début en 1896.

B..., Paul-Victor-Constant, 51 ans. journalier. Entré le 19 mars 1895 à l'asile de Quatre-Mares.

Les renseignements montrent B... dans l'incapacité de travailler depuis 7 mois environ. C'est à partir de cette époque que sa famille et ses voisins ont remarqué son affaiblissement intellectuel accompagné de phases alternatives de dépression avec idées hypochondriaques et d'excitation sans violences. Après un séjour à l'hospice de Dieppe on l'a envoyé à l'asile où les certificats d'entrée de M. le Dr Delaporte sont ainsi conçus :

Certificat d'entrée : « B... est atteint de paralysie générale
« progressive caractérisée par un abaissement considérable
« des facultés intellectuelles avec idées de satisfaction,
« embarras de la parole, affaiblissement musculaire et iné-
« galité pupillaire. Le malade est forcé de garder le lit.

Certificat de quinzaine : « B... est atteint de paralysie générale progressive caractérisée par un abaissement considérable des facultés intellectuelles avec idées de satisfaction et parfois d'hypochondrie. Embarras de la parole et négativité pupillaire. Aucun changement ne s'est produit dans son état depuis son entrée à l'asile.

A son arrivée il était dans un très mauvais état général : face bouffie, œdème des extrémités ; cœur fatigué et irrégulier sans qu'on ait pu préciser de quelle affection relevaient tous ces symptômes.

En mai 1895, le malade présente de la scalorrhée qui diminue le mois suivant.

Il reste ensuite dans le même état de démence et de gâtisme.

Actuellement. — Le malade est couché. Il a sur la face une éruption acnéiforme qui n'occupe que celle-ci seulement. Il n'a rien autre sur le reste du corps. Il est dans un état de démence profonde vivant d'une façon tout à fait végétative se défendant et poussant des cris inarticulés quand on veut l'examiner. Sa pupille gauche est plus dilatée que la droite.

Il a du tremblement de la langue et des mains.

Les membres inférieurs sont en état de rigidité incomplète. Les réflexes rotuliens sont abolis (?) les réflexes plantaires existent : il n'y a seulement que de la flexion des orteils.

Le réflexe du poignet droit paraît exagéré.

Mme B..., née à Ancourt (Seine-Inférieure), 38 ans. Entrée le 5 juillet 1896. Cigarière, habitant à Dieppe.

La malade a son mari en traitement à l'asile de Quatre-Mares pour paralysie générale.

La malade a eu une fille qui s'est noyée à l'âge de 16 ans.

Mme B..., avait des habitudes alcooliques. La maladie a débuté il y a deux ans, à cette époque elle avait essayé de se couper le cou avec un canif.

Amenée à l'asile Saint-Yon le 5 juin 1896, les certificats d'entrée de M. le Dr Giraud sont ainsi conçus : Certificats de 24 heures : « Mme B..., tient des propos extravagants, elle dit qu'elle a dix enfants, qu'ils sont tous âgés de 20 ans. Elle se met à rire d'un air de satisfaction. Elle est désordonnée, se déshabille. Elle a du tremblement fibrillaire de la langue, un peu de tremblement des mains ; sa parole est parfois embarrassée.

Certificat de quinzaine : « Mme B... présente un grand affaiblissement de l'intelligence. Elle a une satisfaction très exagérée d'elle-même et quelques idées de grandeurs. Elle a du tremblement fibrillaire de la langue et sa parole est traînante. Elle est affectée de paralysie générale.

Dans la suite elle a des idées délirantes et des hallucinations, ainsi elle se plaint que des diables lui noircissent le ventre avec du cirage ; elle a le démon dans le ventre. Elle déraisonne et émet des propos absurdes, tels que ceux-ci : elle a eu 30 enfants, 10 d'une seule couche et elle les a élevés avec un biberon à vapeur.

Examinée plus tard elle présente de la raideur généralisée et de l'amaigrissement, elle est incohérente, crie, parle de millions. Sa pupille gauche est plus petite que la droite, toutes deux ne réagissent pas à l'accommodation, sa paupière gauche est tombante, elle ne peut tirer la langue. La main gauche est pendante.

La malade continue à s'amaigrir et elle meurt de pneumonie, le 8 mai 1899.

Autopsie le 10 mai. — On constate de l'œdème cérébral, de l'atrophie des circonvolutions. Les méninges sont dépolies

épaissies et très adhérentes surtout au lobe frontal. Il y a des granulations ventriculaires peu nettes.

Les poumons sont atteints de pneumonie lobaire grise.

Les reins sont congestionnés ainsi que le foie.

Le cœur et la rate sont normaux.

OBSERVATIONS XVI et XVII

B. — Alcoolisme. Forme hypochondriaque. Marche rapide.

Entrée en 1895.

Femme B..., forme expansive. Marche rapide.

Entrée en 1897.

Pierre-Auguste, journalier. Entré le 13 novembre 1895, à l'âge de

La maladie paraît avoir débuté 3 mois avant l'entrée.

B..., avait des habitudes alcooliques et avait abandonné son travail depuis un mois seulement, chez lui il divaguait, se croyait mort, racontait que, ses bras étaient brûlés, que sa tête n'était plus à sa place; qu'une de ses jambes tombait, il buvait dans les ruisseaux, sa langue brûlait, etc.

A son entrée, les certificats de M. le Dr Delaporte mentionnent un état mélancolique avec idées hypochondriaques incohérentes; il prétend qu'on lui brûle le corps avec des charbons, qu'il n'a plus d'estomac, etc.

Quinze jours après on constate un mélange confus d'idées de grandeurs et de conceptions hypochondriaques, de l'agitation intermittente, de l'embarras de la parole, du tremblement de la langue. du gâtisme.

Le malade s'amaigrit ensuite, il se cachectise et meurt le 3 décembre 1895 de paralysie générale après un séjour d'un mois et 17 jours seulement à l'asile.

B... Elisa, 33 ans. Entrée le 5 février 1897.

La malade a 2 enfants, 1 de 9 ans et 1 de 12 ans. Son mari est mort en 1895 à l'asile de Quatre-Mares de Paralyisie générale. Elle a subi de mauvais traitements.

Depuis 2 ans elle avait abandonné son travail et depuis un mois elle est agitée, elle a peur, se croit persécutée, paraissait avoir des hallucinations de la vue car elle se cachait continuellement la figure avec les mains, elle se croyait nue.

A l'entrée, les certificats de M. le Dr Giraud constatent de la paralyisie générale caractérisée par un notable affaiblissement de l'intelligence, une perte de la mémoire, de la satisfaction exagérée, de l'optimisme, raconte des enfantillages, de l'incertitude de la marche, de l'embarras de la parole, du tremblement fibrillaire des lèvres et un peu d'inégalité pupillaire ».

Marche de la maladie. — C'est un type de la forme spasmodique de la paralyisie générale. La malade est dans un état de raideur généralisé, elle ne marche qu'avec la plus grande difficulté, tous les réflexes tendineux sont extrêmement exagérés, il existe des tremblements fibrillaires et fasciculaires énormes tant à la face qu'aux membres. L'embarras de la parole s'exagère de plus en plus, la lecture et l'écriture donnent des résultats typiques, oublis de lettres, changements de mots, etc. La malade présente une satisfaction niaise et des idées de grandeurs enfantines et absurdes (elle a un gigot énorme, de jolis yeux etc.).

Elle est tout à fait indifférente à tout, parfois d'une sensiblerie immotivée. Il existe de l'inégalité pupillaire.

La sensibilité est conservée.

En raison de syphilis incertaine, la malade a été soumise à un traitement ioduré qui doit être rapidement interrompu

en présence d'un amaigrissement et d'une cachexie qui se développèrent rapidement.

L'état cachectique s'accrut de plus en plus et la malade mourut dans le dernier degré de la démence le 20 juin 1897.

Autopsie le 21. — Il existe : des adhérences généralisées de la pie-mère, de l'œdème, de l'atrophie cérébrale, du chagrinage considérable des ventricules, il n'y a rien aux artères de la base.

On trouve de la congestion pulmonaire, de la congestion des reins, rien au cœur ni à l'aorte.

Le foie est très mou, gros, la rate diffluente.

De ces différentes observations il est difficile de tirer des conclusions bien fermes soit au point de vue étiologique comme nous l'avons vu, soit au point de vue clinique.

Dans quelques cas, il est vrai, la paralysie générale paraît débiter chez les conjoints à la même époque comme dans l'une des observations d'Evrard ou affecter une forme assez analogue comme dans notre observation Binet où la paralysie générale a une marche très rapide.

Mais ces ressemblances sont fortuites comme on pouvait d'ailleurs s'y attendre et l'on rencontre au point de vue du début, de la marche et de la terminaison les modalités les plus variées, il ne semble donc pas y avoir lieu d'insister sur ce chapitre.

VI. — DESCENDANCE DES PARALYTIQUES GÉNÉRALES.

Cette question vient d'être traitée à fond dans une thèse récente. M. Wahl conclut que l'on observe le plus souvent chez les enfants des paralytiques généraux la dégénérescence mentale à tous les degrés. Ils sont prédisposés à toutes les affections du système cérébro-spinal, l'hérédité similaire restant rare. Nous ne comptons dans les observations ci-jointes qu'un cas relatif à ce sujet : il s'agit d'une enfant atteinte d'idiotie consécutive probablement à une encéphalite de l'enfance et qui mourut de méningite suppurée quelques jours après sa mère, atteinte de paralysie générale.

OBSERVATIONS XXIV et XXV

Forme démente. Idées de grandeurs. Fille morte de méningite aiguë suppurée. Durée 1 an 10 mois. 2 Fausses couches.

Marie Céline née à Caudebec-lès-Elbeuf, entrée le 27 mars 1896, tisseuse 42 ans.

L'hérédité mentale est nulle. La malade est mariée en se-

1. Wahl. Thèse Paris, 1898-99.

condes noces, elle n'avait pas d'habitudes alcooliques. N'a jamais été bien réglée. Début 15 jours avant l'entrée par des idées érotiques, la malade se déshabillait, mettait les hommes à la débauche. Elle avait des idées gaies et parfois des idées de grandeur. Sa mémoire est affaiblie.

La malade a eu 4 enfants et a fait deux fausses couches, une de ses filles, idiote, sourde et muette, est morte à l'asile de méningite aiguë.

A l'entrée, les certificats de M. le Dr Giraud constatent : qu'en arrivant à l'asile la malade a eu un accès de fureur et s'est jetée sur les personnes de l'entourage, elle est insouciante, elle a des idées de grandeurs, une satisfaction exagérée d'elle-même, elle manque de suite dans ses propos et donne des renseignements inexacts, elle se montre parfois désordonnée et se déshabille. Elle n'a pas d'embarras marqué de la parole, mais sa pupille droite est plus dilatée que la gauche.

À l'asile la malade parfois agitée au début, tombe rapidement dans un état végétatif et présente des symptômes spasmodiques généralisés, de l'embarras typique de la parole de plus en plus marqué.

A la fin de 1887. — La malade très affaiblie a des escharres et elle succombe le 20 janvier 1898.

Autopsie. — Le 22 janvier 1898.

On a autopsié seulement le crâne.

Il existe un œdème cérébral énorme.

La pie-mère non épaissie s'enlève bien, sauf au niveau de la première temporale gauche où on arrache en même temps de la substance grise en grande quantité.

Il existe des granulations ventriculaires abondantes et un aspect alvéolaire du quatrième ventricule.

Mère paralysie générale. Idiotie. Mort par méningite aiguë.

G..., 14 ans, entrée le 22 avril 1896.

Hérédité. — Le père alcoolique est actuellement détenu, la mère paralysie générale fait l'objet de l'observation précédente.

A l'âge de 3 ans la malade a eu une méningite à la suite de laquelle elle est devenue idiote et sourde.

A l'entrée, elle ne présente pas de troubles de la marche. C'est une idiote complète susceptible d'aucune éducation ; elle est sourde et ne fait entendre que des cris et des grognements. Elle gâte.

Dents d'Hutchinson.

En janvier 1898, on constate subitement une tuméfaction énorme de la cuisse gauche sans élévation de température. La cuisse ayant été incisée on tombe sur un vaste épanchement sanguin. Trois jours après fièvre élevée, signes de méningite aiguë, mort le 31 janvier 1898.

Autopsie. — Méningite suppurée de la convexité, congestion pulmonaire. Vaste hématome de la cuisse, décollement juxta épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur gauche.

A l'examen microscopique, la pie-mère est énormément épaissie, dans les fines mailles de son tissu, infiltration embryonnaire diffuse énorme qui n'est pas particulièrement abondante autour des vaisseaux.

Dans la substance cérébrale, infiltration péri-vasculaire plutôt discrète et infiniment moins marquée qu'on pourrait s'y attendre. Les noyaux embryonnaires sont plus abondants qu'à l'état normal sans cependant être très nombreux, les cellules cérébrales sont peu nombreuses, paraissent

souvent atrophiées et le tissu névroglique semble très abondant.

La détermination exacte de l'influence de la paralysie générale de la mère sur sa descendance serait évidemment de beaucoup la plus importante à établir. C'est ce que fait remarquer non sans un certain humour le professeur Wendel (1). Il serait de plus grand intérêt dit-il de connaître le sort des enfants conçus pendant la maladie du père mais il faut se souvenir dans ce cas de l'article connue du Code civil : « La recherche de la paternité est interdite... »

Il a noté, ce qui est d'ailleurs admis par tout le monde, que les femmes paralytiques peuvent devenir enceintes et donner le jour à des enfants normaux. Il en cite un cas particulier.

Deux de nos malades ont accouché à l'asile étant en pleine paralysie générale. Nous n'avons pas de renseignements sur le sort de leur enfant.

De notre côté nous n'avons pu établir une statistique satisfaisante sur la descendance de nos malades.

Dans une thèse récente M. Béchét (2) note que la natalité est inférieure dans les familles de paralysie générale à la natalité des familles normales (cette différence est d'ailleurs assez faible 2, 28 et 3) et que le

1. Mendel. *Hereditäre Anlage u. Paralyse der Irren*. *Alg. Z. f. Psych.* 1880.

2. Béchét. *Conditions biologiques des familles des paralytiques généraux*. Thèse de Paris, 1887.

défaut de vitalité des enfants en bas âge est plus grande dans ces mêmes familles.

Pour rendre ces faits plus évidents, citons quelques chiffres : Jung a noté que sur 37 femmes paralysie générale. 6 ont été sans enfants : 1 n'en n'a eu qu'un : 1 a une fausse couche : 2 ont des enfants morts en bas âge ; 6 plusieurs enfants dont un plus ou moins grand nombre moururent jeunes.

Wollemberg donne des chiffres beaucoup plus élevés ; dans tel des groupes qu'il étudie dans sa statistique il note sur 37 femmes 7 sans enfants, 12 n'ayant eu que des avortements ou des enfants morts jeunes, 13 des enfants encore vivants plus quelques avortements ; pour 5 les renseignements manquent. Il en arrive à établir que sur 117 malades, 44 sont stériles, soit 36 0/0, plus du tiers.

Pour ce qui est des rapports de l'état puerpéral avec développement de la paralysie générale, les renseignements exacts sont relativement assez rares au point de vue de la fréquence, Schmidt sur 283 cas de maladies mentales de la période puerpérale note l'apparition de la paralysie générale. Trois fois au cours de la grossesse et deux fois à la suite de l'accouchement. Cette notion de la paralysie générale qu'il serait imprudent de nommer paralysie générale puerpérale est importante à enregistrer en raison des erreurs de diagnostic possible, erreur qui a été faite dans l'un des deux cas que nous citerons où la malade entrée à l'asile au cours de la grossesse considérée comme atteinte de vésanie simple sortit comme guérie quelque

temps après pour rentrer peu après son accouchement avec des troubles mentaux qui la firent considérer comme atteinte de folie périodique ; la paralysie générale devint évidente quelques mois plus tard.

OBSERVATION XXVI

. Idées de grandeurs et de richesses très marquées accouchement pendant la maladie. Début précoce.

B..., Valentine, 23 ans, ouvrière de fabrique, née dans la Seine-Inférieure. Entrée le 13 décembre 1895. Etant en traitement à l'Hôtel-Dieu depuis 8 jours, elle troublait le repos des malades, se levant la nuit.

A l'asile on constate un affaiblissement intellectuel notable, des idées extravagantes de richesses et de grandeurs, de l'embarras de la parole, du tremblement fibrillaire, de l'inégalité pupillaire.

La malade enceinte, est dans un état spasmodique avec exagération des réflexes.

Elle accouche à terme le 27 février d'un garçon. La maladie suit ensuite une marche progressive sans aucun incident bien marqué.

La malade est actuellement dans un état de démence apathique complète, la parole est presque incompréhensible ; la marche est extrêmement raide, tous les mouvements sont spasmodiques et maladroits.

Les réflexes tendineux sont forts surtout à droite.

Tremblement de la langue, de la face. Inégalité pupillaire, la pupille droite étant plus grande que la gauche. La malade résiste invinciblement.

Quand on veut examiner les réflexes oculaires. Le réflexe plantaire est nul à droite et faible à gauche. Au cœur, il existe un dédoublement du premier bruit à la base. Les extrémités sont froides, cyanosées. La sensibilité est affaiblie aux membres inférieurs.

OBSERVATION XXVII

Début pendant grossesse forme spasmodique.

Femme B... Dauphine 44 ans, née à Douville (Eure), bobineuse.

La malade a 3 enfants, elle était enceinte du quatrième quand la maladie a débuté et était au huitième mois de sa grossesse ; elle tenait alors un langage incohérent cherchant à se sauver, frappant sa garde-malade, gâteuse. Il paraîtrait que la malade a eu un érysipèle au mois de janvier dernier et que la maladie aurait débuté à la suite.

31 mars 1896. — A l'entrée les certificats de M. le Dr Giraud constatent un état habituel de trouble intellectuel, un manque de mémoire, de l'agitation, du gâtisme.

Elle a le nez légèrement aplati.

La malade accouche normalement le 7 mai d'une fille.

L'état mental s'améliore ensuite et elle sort en août 1896.

Chez elle, elle ne s'occupe pas et est ramenée à l'asile le 6 septembre 1898 après avoir montré de l'incohérence dans ses paroles et ses actes, des accès d'agitation et de colère. Par moment déprimée, elle se plaignait de tout le monde et parlait souvent seule.

A l'entrée la malade présente un peu de confusion dans les idées, de l'affaiblissement de la mémoire. Elle a de la satisfaction exagérée d'elle-même, ses pupilles sont égales et sa parole n'est pas embarrassée.

La malade a eu ensuite pendant 8 jours de fréquentes petites attaques syncopales durant un quart d'heure, depuis elle en a eu en moyenne une par semaine.

Actuellement: elle a des idées de satisfaction, se déchire, est très gâteuse. La parole est peu embarrassée, mais on y constate des accrocs, elle ne veut ni lire ni écrire.

La pupille gauche est plus dilatée que la droite et elles réagissent lentement. Les réflexes rotuliens sont exagérés, les réflexes plantaires se traduisent par un relèvement brusque des orteils, il existe à la jambe droite une ébauche de tremblement épileptoïde.

La sensibilité est obtuse, il existe des cicatrices de légers traumatismes aux genoux. Le pouls est normal.

VII. — SYPHILIS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La recherche de la syphilis est peut-être plus difficile chez la femme encore que chez l'homme et ne nous a donné que des résultats évidemment incomplets et que nous ne pouvons relater ici que pour mémoire. Les cas où la syphilis peut être affirmée avec certitude ne sont qu'une infime minorité, les cas douteux eux-mêmes ne sont pas très nombreux. La syphilis héréditaire peut être invoquée dans certains cas. Nous avons vu, au sujet d'une de nos malades que sa mère était la seule survivante d'une famille dont tous les enfants étaient morts de syphilis héréditaire. La malade elle-même était très chétive et ne portait aucun stigmate spécifique. La paralysie générale présenta la forme spasmodique et évolua assez lentement après des prodromes éloignés. Dans 4 cas nous constatons un effondrement de la base du nez qui paraissait bien de nature spécifique.

Dans l'un deux coexistait un ozène qui n'a pas été influencé par le traitement spécifique.

Dans 2 des cas, il y avait une saillie considérable des bosses frontales.

Une malade atteinte de paralysie générale à forme spasmodique et qui présentait des gommes de la peau mourut quelques jours après son entrée au milieu d'attaques épileptiformes. La date exacte de l'accident primitif ne put être fixée que pour une malade : syphilis en 1884, paralysie générale en 1895.

Des cicatrices caractéristiques ont été trouvées dans 2 cas et douteuses dans un troisième cas. Des fausses couches n'ont été rencontrées que dans 3 cas ; l'une de ces dernières malades a eu sa fille à l'asile idiote et morte de méningite aiguë suppurée. Ce relevé que nous ne pouvons pas donner comme une statistique ne répond pas à notre avis à la réalité des faits et en particulier le nombre des femmes ayant eu des avortements multiples est ainsi que nous le verrons, de beaucoup inférieur à d'autres statistiques faites dans des conditions de rigueur vraiment scientifiques.

Nous devons noter cependant que dans les autopsies il n'a été trouvé qu'une seule fois des lésions syphilitiques constatables macroscopiquement, M. Ballet (1) a eu occasion de dire que lorsqu'on cherche la syphilis, on la trouve presque toujours et à ce propos, il faisait remarquer que cette recherche devenait d'autant plus frappante chez certaines femmes atteintes paralysie générale dans la classe bourgeoise, tandis que chez les hommes d'autres facteurs étiologiques pouvaient être invoqués. Au contraire rien ne peut expliquer la paralysie générale en dehors de la syphilis qui souvent vient

1. *Annales Médico Psych.*, mai 1898.

jeter un jour sur l'étiologie en étant découverte d'une façon fortuite.

A ce point de vue nous ferons remarquer combien les statistiques sont variables suivant les auteurs au sujet du nombre des prostituées qui deviennent paralytiques générales. Pour notre compte nous n'en trouvons que 2 sur une cinquantaine d'observations, mais ce chiffre est bien au-dessous de la réalité car les indications qui sont données à cet égard sont souvent volontairement inexactes.

OBSERVATION XXVIII

Paralysie générale à marche rapide, syphilis tertiaire, mort en état de mal.

A..., Alexandrine, 48 ans, entrée le 2 octobre 1888. Morte le 10 novembre, 1888.

Le mari a été interné à Quatre-Mares en 1888 pour un accès de manie, ils est sorti guéri.

Alcoolisme, excès vénériens. Début il y a 10 mois, dernièrement jalousie et menaces contre son mari, tentatives d'incendie, hallucinations.

A l'entrée : Démence avancée, satisfaction, idées de grandeurs niaises, bavardage incohérent. « Elle a un beau lit, de beaux rideaux, elle va bien, etc », embarras manifeste de la parole quoique les accroc's soient peu fréquents. La langue et les mains sont relativement peu tremblantes, les pupilles sont irrégulières et immobiles, il paraît y avoir un certain degré d'amblyopie. La marche est raide sans incoordination.

Réflexes tendineux exagérés. Réflexe plantaire normal, pas de tremblement épileptoïde, la sensibilité persistera.

Il existe de multiples cicatrices spécifiques et nombreuses petites gommes des jambes à différents stades d'évolution :

3 jours après l'entrée la malade est mise au traitement ioduré. Les gommes étaient en voie de guérison et la malade avait été vue le matin même quand dans la journée elle est prise d'attaques épileptiformes sub-intrantes avec dyspnée, accélération du pouls, râles fins dans tout le poumon, fièvre, et elle meurt en quelques heures.

Autopsie. — Vastes plaques violacées du dos et de la face, ecchymoses punctiformes du dos, gommes des jambes en voie de guérison. Œdème cérébral, méningo-encéphalite intense et généralisée, granulations ventriculaires. Poids de chaque hémisphère : 490 gr.

Le lobe temporal gauche paraît particulièrement œdématié. Méningite spinale. Myocardite. Aortite ancienne et récente. Foie gros, congestionné de teinte jaune uniforme.

Une tumeur miliaire jaunâtre de la convexité (Gomme)

Reins volumineux congestionnés mou. Rate normale.

Poumons : Infarctus hémoptoïques. Pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Examen microscopique. — Au cerveau, lésions cellulaires à tous les degrés; infiltration embryonnaire généralisée, intense; l'infiltration péri-vasculaire est considérable et prend parfois l'apparence de petits nodules. Ces lésions sont surtout marquées au lobe temporal.

Par la méthode de Weigert-Pal, atrophie complète des fibres tangentielles et radiés. Endo-péri-artérite des grosses artères cérébrales.

Moëlle : Méningite diffuse, discrète. Sclérose diffuse spé-

cialement au niveau des cordons postérieurs (cordon de Goll), mais marquée aussi au niveau des faisceaux pyramidaux. Les racines paraissent assez saines, les tubes nerveux semblent un peu raréfiés dans quelques racines antérieures. Vaso-dilatation du foie et du rein. Les plaques récentes d'aortite ont l'aspect de plaques jaunes d'athérôme, la péri-artérite est peu marquée.

Hérédité syphilitique infantilisme. Paralyse générale à forme spasmodique, zooptie.

B... Céline, 32 ans, entrée le 4 mai 1897, morte en décembre 1898.

Hérédité. — Le grand-père syphilitique a eu trois enfants morts en bas âge d'accidents spécifiques. Seule, la mère de la malade a survécu jusqu'à 26 ans, et a eu elle-même des accidents spécifiques de la jambe (Gomme ?)

La malade a un aspect infantile.

Il y a 5 ans, à la suite d'un accouchement la malade a eu une paralysie du bras droit qui a duré deux mois. L'enfant a eu de l'ophtalmie.

Il y a 18 mois abcès du pouce, paralysie de la langue et éruption du cuir chevelu. En avril dernier abcès du pouce gauche, paralysie de la langue et du bras. A l'hôpital, elle déraisonne, s'agite la nuit et a de la zooptie, période de mutisme.

A l'entrée, incohérence, obtusion intellectuelle, zooptie, parole lente et bredouillante, pupilles irrégulières, la droite plus petite que la gauche, réaction lumineuse faible, tremblements fibrillaires généralisés, réflexes tendineux très exagérés, sensibilité conservée, elle tomba rapidement dans le dernier degré de la démence avec alalie complète, affaiblis-

sement musculaire et finalement escharre sacrée, morte en décembre 1898.

Autopsie. — Lésions typiques de paralysie générale. Les grosses artères cérébrales sont saines, légères aortite en plaque. Reins petits, l'un d'eux est kystique. Foie et rate volumineux. Congestion pulmonaire.

VIII. — CONCLUSIONS

1° La Paralyisie Générale chez la femme est en voie d'augmentation.

2° L'âge de début paraît s'abaisser.

3° La durée de la maladie ne présenterait pas de différences très considérables avec la paralyisie générale de l'homme, elle serait peut-être un peu plus lente mais le fait demanderait à être encore vérifié sur des statistiques plus étendues.

4° La forme expansive est rare, la forme démente plus fréquente, la forme dépressive est assez rare, la forme nettement périodique est exceptionnelle.

5° Les rémissions vraies paraissent être l'exception.

6° La forme tabétique se rencontre beaucoup moins souvent que les formes spasmodiques qui sont la règle.

7° La Paralyisie Générale tardive ou sénile paraît plus fréquente peut-être grâce à des diagnostics plus précis.

8° La Paralyisie Générale conjugale (ou combinée avec le tabès) est peut-être plus fréquente qu'on ne l'a admis jusqu'ici, son origine syphilitique affirmée par certains auteurs (Mendel) n'a pu être vérifiée dans toutes nos observations.

TABLE DES OBSERVATIONS

OBS. I et II. — Forme demente.

— III. — Délire de négations.

— IV et V. — Formes périodiques.

— VI à IX. — Paralysies Générales tardives.

— X à XVII. — Paralysies Générales conjugales.

— XVIII et XIX. — Paralysie générale avec hallucination.

— XXII et XXI. — Formes tabétiques (unilatérale).

— XX et XXIII. — Rémissions, forme prolongée.

— XXIV et XXV. — Paralysie générale de la mère, idiotie de l'enfant.

— XXVI et XXVII. — Paralysie générale puerpérale.

— XXVIII. — Paralysie générale et syphilis tertiaire.

— XXIX. — Hérité syphilitique.

Vu : le président de la thèse
RAYMOND.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- SANDER. — Berlin, Klin. Wochenschrift, 1870, XII, n° 7.
- KRAFFT-EBING. — Arch. f. Psychiat, und Nervenkrankheiten, Band. VII, 1877.
- KORNFELD. — Ueber paralyse der Irren beim Weiblichen Geschlechts, 1877.
- IUNG. — Ueber paralyse des Frauen. Allg. Zeitschr. f. psychiatrice, XXXV, Band., p. 235 et 625.
- SIOLI. — Ueber die un Jahre 1877, auf genommenen audio allgemeiner Paralyse leudenden weiblichen Irren, Charité annalen, IV, Jahhgany.
- SIEMERLING. — Statistisches und klinisches zur Lehre von der progressiven paralyse des Franen, Charite Annalen, XIII, Jarhn.
- GREPPIN. — Ueber 26 Falle von prog. paralyse Bein Frauen Allgem Zeitschr. f. psychiatrie, 1890.
- ADAM. — Considérations sur quelques cas de paralysie générale chez la femme, Thèse, 1879.
- RÉGIS. — La paralysie générale chez la femme, France médicale, 1882.
- COLOVITCH. — Etude clinique sur la paralysie générale chez la femme, Paris, Thèse, 1882.
- PHILIPPE REY. — Notes sur la p. g. chez la femme. Ann. méd. psych. 1885, 2 p. 421.

- NICOULAU. — Les causes de la p. g. (statistique de l'asile Saint-Yon). Ann. méd. psych. 1892, n° 1.
- JACOBSON. — The relations hip. between p. g. of the insane and syphilis. The Journal of Mental Science, 1892.
- JACOBSON. — Dementia Paretica hos Kirnden en Klinisk Actcologish Studie Copenhagen, 1891.
- J. D. IDANOW. — Annales midico-psychologiques année 1894.
- J. D. IDANOW. — La p. g. chez la femme. Archives de Psychiatrie du profes. Kovalesky (en Russe), 1893.
- TICHOMIROV. — La p. g. chez la femme. Recueil des travaux dédiés au professeur Obolensk (en Russe) Karcow 1893.
- Messenger de Pscyhiatrie de Merjetevski, 1892, p. 2
- Dr EBEKE. — Zur Actiologie der allg fortschr. Paralyse. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1892.
- POPOV. (M.) — Dementia primaria paralysica syphilitica médecine russe 1891.
- TROUTOWSKY. (M. J.J.) — Contrib. à l'étude de la demence paral. syphilitique médecine russe 1892.
- WILSON. — The diathesis of gen. paraly. Journal of Mental Science janv. 1892, p. 69.
- Archf. Psychiat Band VII, 1877.
- Die zunehmende Häufigkeit der dem. par. Allg Zeitschrift. 1830. The Aliéniste and Neurol., 1891.
- Etiologie de la paralysie générale.
- Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 43, 1888.
- NICOLAU. — Ann. méd. psychol. 1, p. 24, 1893.

- RÉGIS. — Congrès de Rouen, 1890.
- ANGLADE. — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, 1892.
- SCHMITT. — Archives fur Psychiatrie, XI.
- HOCHE. — Puerpural psychose. Archives fur Psychiatur, XXIV, 612.
- SAVAGE. — Dictionary of Psychologica medecine, 1892.
- REINHARD. — Z. K. der D. P. all. Z. f. Psych. 41.
- ZIEHEN. — B. Z. Frage der zusammenhags zwischen p. P. und Syphilis N. Cent. 1887, 198,
- HONGBERG. — Allg. z. f Psych. 50.
- LAGOCANO. — La P. g. p. in Sicilia Napoli 1894.
- VAN DEVANTER. — Contribution à l'étude de la p. g. Psych. n. Neurol. Bladen 1898.
- WOLLENBERG. — Etude statist. et clinique de la p. g. chez la femme.
- BARUK. — Hallucin. dans la p. g., Thèse Paris, 1894.
- FOURNIER. — Syphilis et p. g. Bulletin médical, avril 1892.
- ROSUCH. — La p. P. nell' Italia meridionale il manicomio moderne, 1891, n° 1, 2, 3.
- HOCH. — Général p. of two sisters Proc. améric. méd. psych. Ass. Utica, 1896 (303-318) et Journal of nervous and mental diseases, février 1897.
- HENRI. — Thèse Bordeaux, 1894. Rapports de syphilis et de la paralysie générale.
- HERSCHL. — B. Z. K du p. P. in jugardlichen Alter u. in Senien Wiener Klin. Rudschau, 1895, 9, 481.
- LUHRMANN. — P. P. in Ingend. Alter u. bei Ehclenten. Neur. Centralb. Erb. Etiologie der Tabes Samml. Klin. Vortrage, 53.
- STRUMPELL. — Neurol. Centralb. 1888, page 112.

- GOLDFLAM. — Deutsche Z. fr. Neweaheilck. 1889, page 256.
- MENDEL. — Neuro. Centralb. 1895, p. 335 et 1888, p. 1035.
- Héréditaire anlage arch. f. psych. X et XI.
- CULLERE. — Congrès de Rouen, 1890.
- PEYSER. — Thèse Berlin, 1872.
- KELLNER. — Beob. uber D. p. bei Franen. Thèse Marburg, 1888.
- BERG. — P. P. der Franen. Thèse Berlin; 1891.
- FRITSCH. — B, Z. K. der p. P. des weibl. Geschlichts. Wiener m. presse 1879, 48.
- WESPHAL. — Etiologie und Sympt. Z. L. von der p. P. de Franen Chante Annalen. 1893, 18.
- KUNDT. — Etudes sut. et clieiques sur la pig. Allg. J. F. Psych. L. fas. I. 258.
- KAES. — Allg. J. F. Psych. LI fas. I. 112 Greidenburg.
- GREIDENBERG. — Congrès de Moscou 1897 etc.
- MULLER. — Statist. de l'asile de Gabersee. Allg. Z. F. Psych. LIV. 1047.
- HLADIK. — Casopis ceskych lek. 1898 (in revue neurologique, 1899 n° 4).
- LAWALD. — Z. J. Medicinalbeamte XIII. 1897.
- ASHBY ELKNIS. — 28 casde p. g. chez la femme. The Lancet, juin, 1894.
- ECART. — Quelques observations de p. g. à longue durée. Thèse Paris, 1896.
- MAIRET ET VIRE. — Etiologie de la p. g. 1898.
- NACKE. — Stigmates de dégénérescence dans la p. g. Arch. f. Psych. XXIX, 3, 1897.
- CHAUSON. — Rapports de la p. g. et syphilis. Thèse Paris, 1896.

THIRY. — P. g. précoce. Thèse Nancy, 1898.

CRISTIANI. — P. g. d'origine puerpérale, *Riforma medica*
1894, 6.

HOMEN. — P. P. chez trois sœurs. *Arch. f. Psych*, XXIV.
191. Maladie spéciale de forme paralytique *Arch.*
f. Psych. XXX, 300.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Fréquence de la paralysie générale .	8
CHAPITRE II. — Age du début	12
CHAPITRE III. — Etude clinique	1 ⁵
1° Forme demente.	15
2° Forme délirante	23
3° Forme hallucinatoire.	31
4° Symptômes spinaux	37
5° Attaque.	42
6° Rémission et paralysie générale prolongée. .	43
CHAPITRE IV. — Paralysie générale tardive. . . .	48
CHAPITRE V. — Paralysie générale conjugale . . .	64
CHAPITRE VI. — Descendance des paralytiques généraux.	83
CHAPITRE VII. — Syphilis dans la paralysie générale.	91
CHAPITRE VIII. — Conclusions	97
TABLE DES OBSERVATIONS	98
BIBLIOGRAPHIE.	99

